

**JOSELAINE IDA DA CRUZ**

**Caracterização dos usuários de crack que não recaem após o  
tratamento**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Departamento de Medicina Preventiva – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, para obtenção do título de Doutora em Ciências.

**São Paulo**

**2018**

**JOSELAINE IDA DA CRUZ**

**Caracterização dos usuários de crack que não recaem após o  
tratamento**

Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Departamento de Medicina Preventiva – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, para obtenção do título de Doutora em Ciências.

**Orientadora:**

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Solange Aparecida Nappo

**São Paulo**

**2018**

Ida da Cruz, Joselaine

**Caracterização dos usuários de crack que não recaem após o tratamento.** / Joselaine Ida da Cruz - São Paulo, 2018.  
xiii, 105 f.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Characterization of crack users who do not relapse after treatment.

1.Recaída; 2. Dependência de drogas; 3. Abuso de drogas; 4. Crack.

Este trabalho foi realizado no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. Contou com o apoio financeiro do CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) processo número 402776/2010-0 referente à chamada pública Edital 41/2010 – Faixa I - Concedido a **Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Solange Aparecida Nappo** e CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento Pessoal de Nível Superior), bolsa de doutorado a **Joselaine Ida da Cruz**.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**  
**ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**Chefe do Departamento:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Rosemarie Andreazza.

**Coordenador do curso de pós-graduação:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Zila van der Meer Sanchez.

**São Paulo**

**2018**

## **JOSELAINE IDA DA CRUZ**

### **Caracterização dos usuários de crack que não recaem após o tratamento**

**Presidente da banca:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Solange Aparecida Nappo

**Banca Examinadora:**

**Titulares:**

Prof. Dr. Marcelo Sodelli / Professor Assistente do Curso de Psicologia da PUC/SP.

Prof. Dr. Maykon Anderson Pires de Novais / Professor Adjunto do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Paulista/UNIP.

Prof. Dr. Miguel Teixeira dos Santos Neto / Coordenador e Professor do Curso de Medicina da Universidade Nove de Julho/UNINOVE.

Prof. Dr. Ricardo Tabach / Professor da Universidade de Santo Amaro.

**Suplentes:**

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Denise Pimentel Bergamaschi / Professora do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP.

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Eroy Aparecida da Silva / Coordenadora Pedagógica do Curso de Especialização Intervenções Comunitária: Empoderamento Psicossocial com Ênfase em Substâncias da Universidade Federal de São Paulo.

*Dedico este trabalho a minha amada orientadora Solange Nappo,  
Meu companheiro José Joaquim, minha filhinha Isabela Cruz,  
aos meus pais Luci e José Apolinário (in memorian) e minha leal escudeira Sara.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a todas as pessoas que passaram por mim e deixaram o seu melhor.

À Prof<sup>a</sup>. e orientadora **Solange Aparecida Nappo**, pela confiança, amor e respeito. Por estar ao meu lado em situações onde ninguém poderia estar. Obrigada por compartilhar seus conhecimentos de maneira humilde e generosa.

Ao meu companheiro de longa data, **José Joaquim**, pelo amor que sempre recebi e pela inesgotável paciência.

À minha pequena **Isabela Cruz** que sempre foi gigante em seus combates *"...vai com medo mesmo"*.

À minha mãe **Luci** e ao meu pai **José Apolinário** (*in memoriam*) pelo amor e incentivos incessantes aos estudos.

Ao meu querido e sempre amigo, **Thigo Rovai**, a vida é muito melhor tendo você ao meu lado. Eterna admiração, amor e amizade.

À **Zila van der Meer Sanchez** por dividir comigo um pouco de sua sabedoria. Por me estimular ao crescimento e por sempre acreditar em mim, mesmo quando eu mesma não acreditava mais. Gratidão!

À minha amiga desde sempre, **Thais Silva**.

À querida **Yone Moura** por ser essa amiga companheira, paciente e amorosa.

À minha querida **Sandra Fagundes** pelo incentivo e apoio durante anos de mestrado e doutorado.

À **Adriana Sanudo** por sua amizade leve e tranquila, seus aconselhamentos e sabedoria.

À **Ana Paula Dias** por compartilhar seus conhecimentos.

À **Rossana Rameh** pela parceria!



Aos meus colegas do CEBRID, **Herbet, Patrícia e Valéria, queridos!**

Ao eterno **Professor Carlini**, por sua dedicação a ciência.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (**CAPES**)  
pela bolsa de doutorado. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico  
e Tecnológico (**CNPq**) pelo auxílio à pesquisa.

**Solange Nappo,**

*Você é uma das melhores pessoas que conheci. Ser humano incrível! Me lembro do primeiro dia em que nos conhecemos e minha vida nunca mais foi a mesma. Estar ao seu lado é fundamental para meu crescimento, foram anos até esse momento, períodos de alegria, tristeza, medo e insegurança, ninguém melhor que você para estar ao meu lado.*

*Um SOL em minha vida!*

## Sumário

LISTA DE FIGURAS .....	xiii
LISTA DE TABELAS .....	xiv
LISTA DE ABREVIATURAS .....	xv
RESUMO .....	xvi
ABSTRACT .....	xvii
1. Introdução .....	1
1.1 Crack: Um problema de saúde pública .....	1
1.2 Crack: características da droga .....	3
1.3 O consumo de crack no Brasil e no mundo .....	4
1.4 Efeitos do Crack .....	6
1.5 O perfil do usuário de crack e características do consumo .....	7
1.6 Processo de recaída nas drogas .....	8
2. Objetivos .....	13
2.1 Objetivo geral .....	13
2.2 Objetivos específicos .....	13
3. Metodologia .....	15
3.1 Amostragem .....	15
3.2 Coleta de dados .....	15
3.3 A abertura do campo .....	16
3.4 Participantes do estudo .....	16
3.5 Critérios de inclusão .....	16
3.6 Instrumentos .....	17
3.7 Análises dos dados .....	17
3.8 Aspectos ético .....	20
4. Resultados .....	22

4.1 Caracterização dos usuários de crack .....	22
4.2 Distribuição dos usuários de crack por recaída, segundo história de uso do crack .....	24
4.3 Relação do consumo e gastos com as pedras de crack .....	26
5. Discussão .....	30
6. Conclusão .....	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	38
ANEXOS .....	48
ANEXO I - Aprovação do Comitê De Ética Em Pesquisa (CEP) .....	48
ANEXO II - Inclusão da aluna no projeto aprovado pelo CEP .....	50
ANEXO III - Aprovação da Secretaria Municipal de Saúde .....	51
ANEXO IV - Questionário quantitativo - Projeto recaídas .....	53
ANEXO V Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	69
ANEXO VI: Artigo - Fatores que protegem o usuário de crack de recaídas. ....	71

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Distribuição dos usuários de crack por status de recaída	22
---	----

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> Distribuição dos usuários por recaída, segundo características sociodemográficas, segundo status.	23
<b>Tabela 2:</b> Medidas-resumo da idade e número de filhos, por status.	24
<b>Tabela 3:</b> Distribuição dos usuários por recaída, segundo história de uso do crack.	25
<b>Tabela 4:</b> Medidas-resumo da idade de uso da primeira pedra de crack (anos), idade de início de uso compulsivo de crack (anos), quantidade média de pedras de crack consumidas por dia, gasto com crack por dia, tempo (horas) por dia que costumava ficar chapado e tempo de abstinência de crack (dias) por status.	26
<b>Tabela 5:</b> Resultados da regressão logística para o grupo não recaída.	27

## LISTA DE ABREVIATURAS

<b>CEBRID</b>	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
<b>CAPES</b>	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
<b>CAPS AD</b>	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
<b>CNPQ</b>	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
<b>CT</b>	Comunidade Terapêutica
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>PR</b>	Prevenção da Recaída
<b>SENAD</b>	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
<b>STTF</b>	Serviço Técnico de Toxicologia Forense
<b>WHO</b>	World Health Organization



## RESUMO

**Introdução:** O crack continua sendo um desafio para a saúde pública na área de drogas. Por ser uma droga com efeitos intensos, rápidos e de baixo custo vem fazendo novos usuários. Compreender esse usuário de crack que não recai após o tratamento torna-se necessário para o desenvolvimento de políticas públicas voltadas ao seu tratamento.

**Objetivo:** Caracterizar os usuários de crack que não sofreram recaídas durante o início da fase de abstinência, logo após o tratamento, no município de São Paulo e Recife.

**Metodologia:** Estudo quantitativo com 700 usuários de crack, de ambos os sexos que buscavam tratamento para a dependência de crack em Clínicas Médicas, Comunidades Terapêuticas (CT) e Centro de Assistência Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). Os dados obtidos foram analisados descritivamente e para as variáveis categóricas foram apresentadas frequências absolutas e relativas e para variáveis numéricas, medidas-resumo. As existências de associações entre duas variáveis categóricas foram verificadas utilizando-se o teste de Qui-Quadrado, ou alternativamente em casos de amostras pequenas o teste exato de Fisher. Para todos os testes estatísticos foi utilizado um nível de significância de 5%. O software estatístico utilizado para a análise foi o SPSS 20.0. A regressão logística permitiu identificar simultaneamente os efeitos das características demográficas, de história de uso do crack e tratamento sobre a ocorrência de não recaída.

**Resultados:** Os dados de 700 usuários de crack foram analisados e observou-se predominância de usuários do sexo masculino, média das idades foi de 34 anos ( $DP3 = 9,1$  anos), sendo observada uma idade mínima de 16 anos e máxima de 62 anos, religião evangélica (41,4%), ocupação desempregado e não procurando emprego (35,8%), principal fonte de renda emprego ou bico (42,7%), tipo de moradia casa/apartamento (46,1%), relacionamento amoroso solteiro sem relacionamento fixo (46,3%). Após o acompanhamento pós-tratamento, nota-se que 7,1% ( $n=50$ ) não apresentaram recaídas. Observou-se no grupo sem recaída porcentagens menores de prática de *binge* (52,0% contra 81,9%), de dependência (92,0% contra 98,6%), de ter ficado em abstinência na vida (80,0% contra 98,9%) comparativamente ao grupo com recaída. Os solteiros com relacionamento fixo ou separado/divorciado/viúvo apresentaram chance de não recaída superiores ao daqueles solteiros sem relacionamento fixo (3,0 vezes e 2,8 vezes, respectivamente). **Conclusão:** Os dados dessa pesquisa apontam que os usuários de crack têm grande propensão a recair ao uso da droga nos primeiros meses após o tratamento. O estado civil, a religião, a moradia, *binge*, abstinência e dependência são fatores importantes que podem levar o usuário de crack a produção de fissura que leva à recaída.

## ABSTRACT

**Introduction:** Crack remains a challenge for public health in the area of drugs. Being a drug with intense effects, fast and low cost has been making new users. Understanding this crack user who does not fall after treatment becomes necessary for the development of public policies aimed at their treatment. **Objective:** To characterize crack users who did not relapse during the abstinence phase, soon after treatment, in the city of São Paulo and Recife. **Method:** A quantitative study with 700 crack users, both sexes seeking treatment for crack dependence in Clinical Medicine, Therapeutic Communities (CT) and Psychosocial Alcohol and Drug Assistance Center (CAPS AD). The obtained data were analyzed descriptively and for the categorical variables absolute and relative frequencies were presented and for numeric variables, summary measures. The stocks of associations between two categorical variables were verified using the chi-square test, or alternatively in cases of small samples the Fisher's exact test. A significance level of 5% was used for all statistical tests. The statistical software used for the analysis was SPSS 20.0. Logistic regression allowed us to simultaneously identify the effects of demographic characteristics, history of crack use and treatment on the occurrence of non-relapse. **Results:** Data from 700 crack users were analyzed and a predominance of male users was observed, mean age was 34 years (DP3 = 9.1 years), with a minimum age of 16 years and a maximum age of 62 years of age, evangelical religion (41.4%), unemployed and not looking for a job (35.8%), the main source of employment or spout (42.7%), single love relationship with no fixed relationship (46.3%). After the post-treatment follow-up, it was noted that 7.1% (n = 50) did not present relapses. In the non-relapsed group, there were lower percentages of *binge* practice (52.0% versus 81.9%), dependency (92.0% vs 98.6%), being absent in life (80.0% % vs. 98.9%) compared to the relapsed group. Singles with a fixed or separated / divorced / widowed relationship presented a non-relapse chance higher than those who had no fixed relationship (3.0 times and 2.8 times, respectively). **Conclusion:** Data from this research indicate that crack users have a high propensity to relapse into drug use in the first few months after treatment. Marital status, religion, housing, *binge*, abstinence and dependence are important factors that can lead the user to crack the production of fissure leading to relapse.

# *1. INTRODUÇÃO*

## **1. Introdução**

### **1.1 Crack: Um problema de saúde pública**

O uso, o abuso e a dependência de drogas não devem ser entendidos somente como uma causa ou uma consequência e, muito menos, como algo reduzido a um fator específico. Tanto que as mortes causadas pelo uso de drogas cresceram em 60% entre 2000 e 2015, sendo que pessoas com mais de 50 anos foram responsáveis por 27% desses óbitos em 2000, aumentando para 39% em 2015 (ONU, 2018).

Em 2006, cerca de 275 milhões de pessoas fizeram uso de drogas ao menos uma vez no ano, correspondendo a 5,6% da população global entre 15 e 64 anos (CARLINI et al, 2006; EPELE, 2011; SAMSHA, 2014).

O problema do uso do crack já foi detectado em vários países europeus, Canadá, Estados Unidos, Argentina, El Salvador e Brasil (HAASEN, 2005; DUAİLBI, 2008; HAY 2010; OLIVEIRA et al, 2010; EPELE, 2011; BASTOS & BERTONI, 2013).

O uso de determinadas substâncias psicoativas, durante muito tempo, foi tratado com preconceito por ser considerado falha moral daqueles que o praticavam. Nesse caso, ações punitivas foram utilizadas ao invés de ações preventivas e terapêuticas. Nos últimos vinte anos, com o progressivo desenvolvimento dos estudos científicos, a dependência química passou a ser compreendida como um sério problema de saúde, que afeta o sistema nervoso central e, consequentemente, o comportamento (SCHEFFER et al, 2010).

Em praticamente todo o mundo, o transtorno por uso de substâncias psicoativas é agravado pelos seguintes problemas sociais: comportamentos violentos e criminais principalmente entre indivíduos com histórico de agressividade e com complicações médicas e psiquiátricas, elevando drasticamente os índices de morbidade e mortalidade (NASSIF et al, 2004; CHALUB & TELLES, 2006; KOLLING et al, 2007).

Nesse contexto, surgiu o crack, estimulante do sistema nervoso central, derivado da cocaína que é apresentada numa outra forma química, que pela pouca solubilidade, permite apenas ser fumada. Quando consumida produz intensa euforia

com curta duração, seguida de um intenso desejo de usar a droga novamente (fissura) (DIEHL et al, 2011).

Na cidade de São Paulo, no final dos anos 70 e início dos anos 80, identificou-se a via intravenosa como sendo uma das vias preferenciais do consumo de cocaína. Com o surgimento do crack no final dos anos 80, esta droga foi gradativamente substituindo o uso da cocaína intravenosa (INCIARDI, 1993; NAPPO et al, 1996; FERRI et al, 1997).

Essa substituição ocorreu principalmente devido a necessidade do usuário de cocaína intravenosa evitar o contágio por HIV e outras doenças infectocontagiosas devido à via de administração utilizada (BASTOS & SZWARCOWALD, 2000; FONSECA et al, 2007). A substituição era considerada positiva pelos profissionais de saúde já que o crack não era consumido por via que pudesse propiciar o contágio por HIV. Esse fato fez com que esses profissionais descuidassem dos problemas que a droga poderia causar (FONSECA et al, 2007).

Segundo MESQUITA et al (2001), a transição de vias de administração das drogas pode ter contribuído para a diminuição da contaminação pelo HIV no período de 1991 a 1999.

De acordo com o estudo de NAPPO (1996), as estratégias de mercado empregadas pelos traficantes aumentou o consumo de crack em São Paulo, contribuindo de forma efetiva para o aumento da marginalidade, violência e penetração desta droga em diversos substratos da sociedade.

Assim, na atualidade, o crack tornou-se um desafio para todas as esferas envolvidas: usuário, saúde pública e justiça, devido à forma rápida que a dependência e a compulsão instalam-se no consumidor, levando-o a sofrer danos sérios. Dentre esses, destacam-se àqueles relacionados à ruptura de vínculos sociais e envolvimento com atividades ilícitas (RIBEIRO et al, 2006; GUIMARÃES et al, 2008B; RIBEIRO et al, 2010) provocando alta taxa de homicídios entre esta população (DIAS et al, 2011; REICHENHEIM et al, 2011), além da prostituição e múltiplos parceiros sexuais com decorrente contaminação por HIV (MALTA et al, 2008; WECHSBERG et al, 2010; NAPPO et al, 2011).

A forte compulsão, fissura e dependência produzidas pelo crack levam o usuário a ter problemas para interromper o uso da droga. Os tratamentos

convencionais disponíveis não têm surtido efeitos significativos na promoção da abstinência, tanto assim, que a recaída, quase que imediata, após essas intervenções, parece ser constante. Usuários de crack, diante desse fato, têm tentado alternativas para diminuir o consumo ou alcançar a abstinência. RIBEIRO et al (2010), descrevem algumas dessas estratégias utilizadas, como por exemplo, a associação de crack com outras drogas como maconha ou álcool. CHAVES et al (2011), também analisam as técnicas utilizadas para diminuir a fissura. SANCHEZ & NAPPO (2008), elegem a fé e espiritualidade como sendo importantes instrumentos para o alcance da abstinência no caso de usuários de droga, em especial de crack.

## **1.2 Crack: características da droga**

Escavações arqueológicas descobriram evidências da mastigação das folhas de coca em áreas do Peru por volta de 300 anos A.C, sendo que esta prática já estava difundida dentro de áreas da Colômbia (SIEGEL, 1982). A cocaína, também conhecida como coca ou epadu (BUCHER, 1992) é uma substância extraída das folhas da *Erythroxylon coca* (FERREIRA E MARTINI, 2001), considerada uma planta sagrada pelos Incas. Com o início do ato de fumar tabaco em rituais religiosos, abriu-se espaço para o uso da cocaína fumada durante os mesmos. Pode-se imaginar como começou o uso fumado das folhas de coca, a queima das folhas já era de conhecimento das tribos Andinas e Colombianas, assim como o uso de tabaco como um aditivo para a mastigação de coca (SIEGEL, 1982).

A cocaína, após sua extração, passa por procedimentos de refino, dependendo do estágio desse processo, diferentes produtos, com graus distintos de pureza, podem ser obtidos. Em função dessas fases de purificação pelas quais passa a cocaína, essa droga pode chegar ao consumidor sob diversas formas químicas. Destaca-se o cloridrato de cocaína, produto mais refinado da cocaína, que por sua solubilidade pode ser aspirado ou injetado. Já o crack, se apresenta na forma de base e nesse caso é insolúvel em água, podendo apenas ser fumado (SIEGEL, 1982; BONO, 1998).

O crack necessita de um aquecimento de aproximadamente 95° C para ocorrer a sublimação (passagem do estado sólido para o gasoso) e dessa forma possibilitar o seu consumo através da via pulmonar (BONO, 1998).

Após sua chegada aos pulmões (órgão de grande superfície e alta vascularização), o crack (cocaína) atinge a corrente sanguínea e alcança o cérebro, produzindo os primeiros efeitos em 10 a 15 segundos com término após 5 minutos (HATSUKAMI E FISCHMAN, 1996; CARLINI et al, 2010).

### **1. 3 O consumo de crack no Brasil e no mundo**

O problema do uso do crack já foi detectado em vários países europeus, Canadá, Estados Unidos, Argentina, El Salvador e Brasil (HAASEN, 2005; HAY, 2010; OLIVEIRA et al, 2010; FISCHER 2015).

No Brasil foi realizado o V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras (GALDUROZ et al, 2004), a droga lícita mais consumida (*uso na vida*) é o álcool (74,6%), seguido pelo tabaco (44%). Já entre as drogas ilícitas a maconha apareceu em primeiro lugar (8,8%), seguida da cocaína (2,9%) e crack (0,7%).

Entre os anos de 2004 e 2010, observou-se redução no número de alunos que relataram ter consumido inalantes, maconha, ansiolíticos, anfetamínicos e crack (*uso no ano*). Por outro lado o consumo de cocaína aumentou (*uso no ano*) (CARLINI et al, 2010).

Já um estudo realizado nos Estados Unidos através de análise de dados secundários da Pesquisa Nacional sobre Uso de Drogas e Saúde (2009-2012) com adultos com idade  $\geq 18$  anos mostrou que usuários de crack têm mais chances de serem presos e pertencerem à classe econômica mais baixa que usuários de cocaína (PALAMAR et al, 2015).

Segundo Relatório Brasileiro sobre Drogas, entre os anos de 2001 e 2007, observou-se um aumento na apreensão de cocaína no Brasil, sendo que em 2007 foram registradas mais apreensões de haxixe, ecstasy, maconha, pasta-base e crack (SENAD, 2017).

No Brasil, o crack ocupa o topo da lista de substâncias psicoativas ilícitas responsável pela maior demanda de tratamento para dependência de drogas (HAAS et al, 2009; FALLER et al, 2014).

Desde o seu surgimento no Brasil, o número de usuários de crack só tem crescido e isso se deve a disponibilidade e facilidade no uso da droga. De acordo com II Levantamento Domiciliar, realizado em 2006, sobre o uso de drogas psicotrópicas nas 108 maiores cidades brasileiras (CARLINI et al, 2006), a prevalência de crack (*uso na vida*) foi de 0,7% da população brasileira, em termos numéricos equivalem a 381 mil pessoas, o dobro do valor registrado em 2001 (GALDURÓZ et al, 2005).

Índices epidemiológicos têm apontado para a penetração do crack em diversos estratos sociais, como entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino (prevalência de 0,7%) (GALDUROZ et al, 2004) ou por crianças e adolescentes em situação de rua (prevalência de 15 a 26%) (NOTO et al, 2003).

O aumento no número de apreensões de crack foi um aspecto que demonstrou o crescimento da adesão à droga. Em 1991, ocorreu a primeira apreensão do crack com sua análise realizada pelo Serviço Técnico de Toxicologia Forense (STTF) (INCIARDI, 1993). Em 1993, houve 204 registros de apreensões em São Paulo, passando para 1906 casos no ano de 1995. A popularidade do crack em território brasileiro levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a incluir o Brasil na categoria de “países em que o uso de cocaína e problemas dela decorrentes não estão totalmente divulgados, mas causam preocupação crescente” (WHO, 1992).

Além de São Paulo, outra área que despertou interesse da comunidade científica foi Pernambuco, onde no final da última década o crack passou a ser a principal droga comercializada na Grande Recife. Esses dados foram obtidos através de pesquisa realizada em 2010, pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), onde pela primeira vez na história, as apreensões de crack superaram as da maconha.

A UFPE junto com o Instituto de Criminalística (IC) descreveu que em 2001, 78,8% das drogas apreendidas na Região Metropolitana de Recife (RMR) era de maconha. Na mesma época, o crack representava o universo de 1,8% das



apreensões. Com o crescimento das duas drogas, o ponto de encontro entre elas ocorreu em 2009. Já no ano seguinte, o crack passou a ser a principal droga na Grande Recife, em 2010, correspondeu a 45,97% das apreensões, contra 41,84% dos casos de maconha. Em 2001 foram registrados 835 casos de apreensão de drogas no Instituto de Criminalística de Pernambuco, e desses, 18% foram casos de crack. Em 2011, esse percentual passou para 41,66% (MONTEIRO et al, 2011).

Um levantamento bibliográfico realizados na literatura inglesa (1990-2014) sobre a eficácia das intervenções secundárias de prevenção e tratamento para o abuso de crack descreve que há uma estimativa de vários milhões de usuários de crack em todo o mundo. O consumo é maior nas Américas e a maioria dos usuários é marginalizada socioeconomicamente, além de apresentarem alto risco para morbidade, mortalidade, envolvimento em atividades violentas (FISCHER et al, 2015).

## **1.4 Efeitos do Crack**

O crack, por ser uma droga estimulante do sistema nervoso central (OLIVEIRA et al, 2008), provoca um estado de excitação, hiperatividade, insônia, perda da sensação de cansaço, falta de apetite<sup>1</sup>. Quantidades maiores de crack podem levar o usuário a ter comportamentos violentos, irritabilidade, tremores e a desenvolver paranoia<sup>2</sup>. A referida droga também pode produzir midríase, dor no peito, contrações musculares, convulsões, aumento da pressão arterial e taquicardia (CARLINI et al, 2010; RIBEIRO et al, 2010).

Quando se trata de prejuízos aos usuários, para suas famílias e sociedade, o que crack torna-se um fator importante para a saúde pública mundial. Entre as preocupações relacionadas ao tema, os desafios para os profissionais envolvidos, uso precoce da droga, dificuldades de tratamento e prevenção e aumento da

---

<sup>1</sup> É característico do usuário de crack a perda rápida de peso (8 a 10 kg em menos de um mês) e em um tempo maior de uso ocorre a perda das noções básicas de higiene (CARLINI et al, 2010).

<sup>2</sup> A paranoia, também chamada de “noia”, provoca nos usuários de crack, medo intenso e grande desconfiança, o que pode levar a situações extremas de agressividade (CARLINI et al, 2010).

criminalidade aparecem como fatores inquietantes na sociedade (SANCHEZ & NAPPO, 2002; GUIMARÃES et al, 2008a).

No caso específico da dependência de *crack*, a fissura é descrita como incontrolável pelos usuários, levando-os, em sua maioria, ao uso compulsivo, com padrão diário de consumo e por até dias contínuos, sendo só finalizado quando é atingido o esgotamento físico, psíquico e/ou financeiro (CHAVES et al, 2011).

## **1.5 O perfil do usuário de crack e características do consumo**

O perfil do usuário de crack pode ser descrito como jovem adulto, usuário de múltiplas substâncias psicoativas, que adotam o crack como droga de escolha (GALDURÓZ, 1997; CARLINI et al, 2006; CUNHA et al, 2015).

Um estudo transversal realizado no Brasil com 816 usuários de crack mostrou que as mulheres usuárias estão mais propensas a situações de vulnerabilidade. Os resultados mostram que essas usuárias tinham os piores níveis de educação e condições de emprego, não recebiam dinheiro para atender suas necessidades mais básicas, são mais propensas a ser HIV positivo, a sofrer violência sexual e ter seus filhos afastados delas (VERNAGLIA et al, 2017).

O conjunto das características do crack o torna uma droga de uso compulsivo, levando os usuários ao esgotamento, violência e promiscuidade para obter a droga (FRIEDMAN et al, 2001; RIBEIRO, et al, 2006; RIEZZO et al, 2012).

Assim, o consumo de crack pode ser descrito como uso caracterizado pela perda de controle do usuário, desejo intenso de usar a droga e frequentes recaídas (PEDRERO-PEREZ et al, 2011). Essas características de consumo, tão marcantes nos usuários de crack, se devem às alterações neurológicas em áreas ligadas ao comportamento e cognição (VOLKOW & FOWLER, 2000; VOLKOW et al, 2003; SUSKA et al, 2013).

Independente dos diversos padrões de consumo de crack e / ou cocaína, os usuários podem apresentar déficits de controle inibitório e altos níveis de impulsividade o que pode significar um fator de vulnerabilidade ao uso de drogas e à recaída (CZERMAINSKI et al, 2017).

Um estudo realizado na zona rural do Reino Unido com 306 usuários de drogas mostrou que dois terço dos entrevistados usaram crack e quase um terço fez uso de uma maneira sugestiva de dependência moderada a grave. Os usuários descreveram que viviam ao redor do crack, do crime e da prostituição. Ao dar entrada no tratamento precisaram de suporte adicional para evitar recaídas. O suporte do serviço atual parece não ajudar usuários de crack. Dada à falta de tratamento farmacológico, os programas adicionam várias atividades e intervenções para dar suporte à vida dos usuários. O aprendizado com ex-usuários também mostrou-se efetivo no tratamento (VIVANCOS et al, 2006).

## **1.6 Processo de recaída nas drogas**

Segundo MARLATT & DONOVAN (2009), pode-se definir um dependente como alguém que não consegue controlar seu comportamento "adictivo". A recaída pode apresentar duas definições divergentes. Comumente, são associadas ao termo recaída as seguintes frases: "fracasso de tratamento", "retorno a doença", "volta a dependência", "fracasso e culpa" e "colapso". Essas definições representam a visão dicotômica do resultado do tratamento baseado no modelo de doença que se expressa pela cura do usuário ou pelo fracasso representado pela recaída.

Outro problema com a definição tradicional de recaída é sua associação com o retorno ao estado de doença, onde o usuário tem a ideia de ser uma vítima indefesa das circunstâncias, algo que vai além de seu controle (MARLATT & DONOVAN, 2009).

A recaída na dependência de drogas pode ser descrita de várias maneiras. Para MARLATT & DONOVAN (2009), recaída é o nome dado a um colapso na tentativa de uma pessoa mudar um determinado comportamento. A recaída também pode ser vista como um aspecto essencial que faz parte do processo de mudança de comportamento, podendo ser encarada como uma fase transitória, onde a fase seguinte pode ser de uma melhora ou não. Ainda pensando no alcance de mudança de hábito, a recaída faz parte deste processo (JUNGERMAN e LARANJEIRA, 1999).

Ainda para JUNGEMAN & LARANJEIRA (1999) a recaída pode ser vista como uma tentativa de parar ou diminuir o consumo de substâncias psicoativas ou o fracasso pelo não atingimento de objetivos estabelecidos por outra pessoa em um período determinado.

Para GORSKI (1993), para ser classificada como recaída, o usuário deve ter ficado pelo menos dois meses em abstinência ([www.yelop.galeon.com/craving.html](http://www.yelop.galeon.com/craving.html)). Sendo que a recaída é vista como um processo natural na recuperação do dependente de drogas e não o final deste processo. Para o autor, a recaída não é vista como um fracasso do usuário. Para MARLATT & DONOVAN (2009), as taxas de recaídas são altas para os comportamentos aditivos, sendo que a maioria das taxas de recaídas ocorre dentro dos primeiros noventa dias após o tratamento.

Estudos de seguimento (recuperação e recaída) mostram que um terço dos usuários alcança a abstinência de drogas em sua primeira tentativa de recuperação. O outro um terço apresenta breves recaídas e períodos longos de abstinência e o último terço dos dependentes de drogas apresenta casos recorrentes de recaídas levando-os a tratamentos recorrentes (GORSKI et al, 1993).

Para MARLATT (1985), a porcentagem de dependentes de drogas que recaem dentro de um período de três meses é de 70% a 90%. Já para ARMOR (apud REINECKER, 1988) e POLICH & STAMBULK (apud REINECKER, 1988), a taxa de recaídas após 18 meses é de 90%.

Alguns fatores estão intimamente ligados à recaída, como a) emoções negativas que geralmente antecedem o primeiro consumo; b) pressão social comumente ligada aos amigos que também consomem a droga; c) manejo de situações difíceis do cotidiano; d) problemas físicos e psicológicos e e) sintomas de abstinência (KNAPP et al, 1994).

Fazendo um paralelo com a dependência de álcool, um estudo realizado no Brasil com 105 alcoolistas primário<sup>3</sup> de ambos os sexos e com predomínio de alcoolismo participaram de entrevistas e responderam a questionários sobre os fatores que favoreciam as recaídas. Os principais fatores que influenciaram nas

---

<sup>3</sup> Pessoas que desenvolvem problemas significativos em suas vidas, orgânicos e psicossociais, devido ao consumo crônico de álcool.

recaídas dos alcoolistas foram os conflitos interpessoais, os estados emocionais negativos e a dependência fisiológica e psicológica do álcool (ALVAREZ, 2007).

Em relação à recaída no álcool, MARLATT & GORDON (1980; 1985), descrevem que a recaída pode ser motivada pela relação de quatro fatores: a) situações ambientais de alto risco; b) habilidade para enfrentar essas situações; c) controle pessoal; d) adiantamento dos efeitos positivos do álcool.

GORSKI & MILLER (1993) analisaram 48 episódios de recaída e descobriram sua associação a três fatores de alto risco: a) frustração e ira; b) pressão social e c) tentação interpessoal. A recaída não ocorre fora de um determinado contexto e diversos fatores contribuem para que ela ocorra, assim como existem sinais que podem servir de alerta para o perigo do retorno ao abuso de substâncias.

ALVAREZ (2007) descreve que a recaída não pode ser definida como o retorno ao padrão de abuso da substância, mas que devem ser observados os indicadores que mostram o retorno do paciente ao uso da substância. Assim, o autor vê a recaídas como uma parte importante do processo de mudança ligada à dependência de drogas. Através das recaídas que o usuário de drogas tem a oportunidade de aprender com a experiência e recomeçar de forma mais consciente.

Para MARLATT & GORDON (1985), a recaída acontece bem antes de se reiniciar o consumo da droga, por exemplo, no álcool. Pessoas que apresentam uma resposta inadequada frente às situações de risco vivenciam falta de confiança, que quando somada as expectativas positivas da substância, podem levar ao consumo desta substância, desencadeando o sentimento de culpa.

Para MARLATT (2009), a prevenção da recaída (PR):

*"...é um programa de automanejo que visa melhorar o estágio de manutenção do processo de mudança de hábitos. O objetivo da PR é ensinar os indivíduos que tentam mudar seu comportamento a prever e lidar com o problema de recaída."*

Assim, o PR é um programa de autocontrole que combina três aspectos: a) treinamento de habilidades comportamentais; b) intervenção cognitiva; c) mudança no estilo de vida.

O modelo de PR foi desenvolvido inicialmente como um programa de manutenção de comportamento, voltado para o tratamento da dependência de álcool e outras drogas (MARLATT & GORDON, 1980).

De acordo com os estudos de WALLACE (1990), o tratamento para dependentes de crack deve utilizar uma abordagem multidimensional para a prevenção de recaídas, incluindo medicamentos, psicoeducação e psicoterapia. Assim, os objetivos típicos dos tratamentos para a dependência de drogas são o alcance da abstinência ou o controle do uso de drogas. Com isso, a prevenção de recaídas apresenta procedimentos que podem ser aplicados tanto na manutenção da prevenção de recaídas como em programas de mudança do estilo de vida. No caso da prevenção de recaída, o programa antecipa e previne a ocorrência de recaídas, além de ajudar o usuário a recuperar-se de um deslize ou lapso antes que isso se transforme em uma recaída (MARLATT E DONOVAN, 2009).

Em se tratando de prevenção ao uso de drogas, as prevenções orientadas como, por exemplo, as comportamentais e as baseadas na comunidade têm mostrado efeitos mistos e de curto prazo sobre o uso do crack. As prevenções voltadas para o uso de material, como a distribuição de kit para uso de crack também mostram uma eficácia modesta na redução de riscos. Atualmente, a melhor opção de tratamento para uso de crack são as diversas intervenções de tratamento psicossocial, que apesar de se mostrar limitada, ainda assim apresenta eficácia positiva e de curto prazo (FISCHER et al, 2015).

Portanto, a compreensão do fenômeno de recaída e a caracterização dos fatores que levam ou não a esse quadro são fundamentais para o desenvolvimento de estratégias para lidar com o processo.

## *2. Objetivos*

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo geral**

- Caracterizar os usuários de crack que não sofreram recaída durante o início da fase de abstinência, logo após o tratamento.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Determinar o conjunto de variáveis sócio-demográficas que constitui o usuário de crack que não recai logo após o tratamento;
- Conhecer o conjunto de variáveis sócio-demográficas que constitui o usuário de crack que recai logo após o tratamento;
- Contribuir para a compreensão do evento recaída em usuários de crack.



### *3. Metodologia*

### **3. Metodologia**

Este estudo faz parte do projeto principal “Motivos apontados por usuários de crack como desencadeadores de recaída e avaliação de fatores predisponentes que levam a esse quadro” financiado pelo CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) relativo ao edital de Enfrentamento ao Crack, de 2010 o qual possuía dois braços, um qualitativo e outro quantitativo. O tema desta tese corresponde ao braço quantitativo.

O estudo teve por objetivo geral caracterizar os usuários de crack que não recaem no início da abstinência logo após o tratamento. Para o desenvolvimento deste estudo foram selecionadas amostras de usuários que procuraram tratamento, nas cidades de São Paulo e Recife, devido ao uso de crack em três domínios: Comunidades Terapêuticas (CT); Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e Clínicas Médicas de Internação.

#### **3.1 Amostragem**

Para este estudo foram definidos 700 participantes que aleatoriamente foram recrutados. O número de participantes considerado no projeto foi para garantir uma amostra suficiente na qual fossem identificados participantes que não recaíram nos três primeiros meses após o tratamento.

A unidade amostral foi definida como o usuário de crack que frequentou um dos três domínios da rede de saúde (citado acima) que, cumprindo os critérios para fazer parte da amostra, foi recrutado aleatoriamente. Esta etapa correspondeu a uma investigação quantitativa relativa ao tema recaída.

#### **3.2 Coleta de dados**

Os dados desta pesquisa foram coletados em 2013 com a ajuda de três instâncias de atenção e cuidado aos usuários de drogas: Clínicas Médicas, Centros

de Atenção Psicossociais em Álcool e outras Drogas (CAPS AD), Comunidades Terapêuticas.

Para a realização da coleta de dados foram necessárias autorizações da Coordenadoria de Saúde Mental dos municípios de São Paulo e Recife.

### **3.3 A abertura do campo**

A obtenção da amostra da pesquisa ocorreu nas cidades de São Paulo e Recife e para tanto foram necessárias reuniões com as Regionais de Saúde de São Paulo e Recife nas quais foi apresentado o projeto detalhado e dessa forma foi obtida a autorização para reuniões nos CAPS AD. As reuniões nesses locais de tratamento tiveram como objetivo identificar sujeitos que cumpriam os critérios de inclusão definidos pelo estudo.

Nas Clínicas Médicas e Comunidades Terapêuticas foi necessária à articulação com uma pessoa chave, que tinha conhecimento das instituições pesquisadas, facilitando o acesso da equipe de pesquisa aos responsáveis por essas instituições e que pudessem, da mesma forma como ocorreu nos CAPS AD, identificarem os sujeitos que cumpriam os critérios de inclusão definidos pelo estudo.

### **3.4 Participantes do estudo**

Fizeram parte do estudo os sujeitos que eram recém-saídos do tratamento, ou seja, estavam nos três primeiros meses após alta do tratamento efetuado num dos domínios estabelecidos.

### **3.5 Critérios de inclusão**

Sujeitos maiores de 18 anos de idade, de ambos os sexos, que tinham procurado o serviço para tratamento prioritariamente devido ao uso do crack, que já tivessem sofrido pelo menos uma “recaída” durante o consumo de crack e estivessem no início da fase de alta após o tratamento (nos três primeiros meses).

O critério de que o participante da pesquisa tivesse sofrido pelo menos uma recaída foi necessário para que os pesquisadores tivessem certeza que ele pudesse identificar esse evento, caso o mesmo se repetisse novamente. Foram recrutados sujeitos que haviam recebido alta há pelo menos três meses e para essa decisão foram levados em conta os dados de literatura que demonstram que a maior porcentagem de recaída se dá nos três primeiros meses após o tratamento (MARLLAT & DORAVAN, 2009).

### **3.6 Instrumentos**

Utilizou-se um questionário fechado (**Anexo IV**), preenchido pelo pesquisador com as informações dadas pelos participantes da pesquisa. O questionário possuía 62 questões divididas em 5 módulos: Informações sociodemográficas, histórico do uso de crack, dependência (de acordo com os critérios do DSM V) motivos para uso do crack, tratamentos, associação do crack com outras drogas, tempo de abstinência, motivos para a recaída, uso de medicamentos psicotrópicos.

O módulo 1 incluía questões sobre os dados pessoais, religião, principal fonte de renda, relacionamento amoroso. O módulo 2 incluía questões referentes ao histórico do uso do crack (idade de início, frequência média de uso, quantidades de pedras de crack consumidas, valor gasto com o consumo de crack, dependência). O módulo 3 incluía questões relacionadas ao tratamento já submetido (histórico de tratamento, associação com outras drogas, tempo de abstinência). O módulo 4 incluía questões relacionadas com os relacionamentos, relação do usuário com sua família (de origem e/ou a atual) e com as demais pessoas com quem se relaciona).

O módulo 5 incluía questões referente aos motivos para a recaída no crack (fatores associados a um período anterior a recaída e período posterior a recaída, fatores associados a problemas psicológicos/psiquiátricos).

### **3.7 Análises dos dados**

Inicialmente os dados foram analisados descritivamente. Para as variáveis categóricas foram apresentadas frequências absolutas e relativas e para as variáveis numéricas, medidas-resumo (média, quartis, mínimo, máximo e desvio padrão).

As existências de associações entre duas variáveis categóricas foram verificadas utilizando-se o teste de Qui-Quadrado, ou alternativamente em casos de amostras pequenas<sup>4</sup>, o teste exato de Fisher. Em se verificando diferenças nas distribuições, foi utilizado o resíduo ajustado padronizado para identificar as diferenças locais – caselas com valores absolutos acima de 1,96 indicam evidências de associações (locais) entre as categorias relativas a essas caselas.

A comparação de médias entre dois grupos foram realizadas utilizando-se o teste t de Student<sup>5</sup> para amostras independentes. O teste t de Student apresenta como um dos pressupostos a normalidade nos dados o qual foi verificada empregando-se o teste de Kolmogorov-Smirnov. Em caso de violação desta suposição, utilizou-se alternativamente o teste não paramétrico de Mann-Whitney.

Para se avaliar simultaneamente os efeitos das características demográficas, de história de uso do crack e tratamento sobre a ocorrência de não recaída foram utilizadas as regressões logísticas. Neste estudo, adotou-se a modelagem hierarquizada que permite estruturar a investigação de fatores de risco (de natureza demográfica, de história de uso do crack e tratamento) e facilitar a interpretação.

Foram selecionadas como variáveis preditoras aquelas que se mostraram associadas com a recaída na análise descritiva a 10% devido ao grande número de variáveis preditoras frente ao tamanho da amostra. Foram consideradas como variáveis preditoras de nível 1 do modelo hierarquizado, as características demográficas. Em seguida, como sendo de nível 2 e 3 respectivamente, as características de história de uso do crack e de tratamento. Após a inclusão de cada conjunto de variáveis preditoras de um determinado nível, a seleção das variáveis preditoras para o modelo seguinte foi realizada excluindo-se aquelas não

---

<sup>4</sup> Mais de 20% das caselas de uma tabela de contingência com valores esperados inferiores a 5 casos.

<sup>5</sup> De acordo com o teorema do Limite Central, para as amostras suficientemente grandes ( $N \geq 30$ ), a média das variáveis tende a apresentar distribuição normal – desta forma, para comparação de duas médias com mais de 30 casos por grupo não foi necessário realizar o teste de normalidade.

significantes uma por vez (como seleção backwards). Além disso, a adequacidade de ajuste do modelo final foi avaliada via teste de Hosmer e Lemeshow.

A sensibilidade e especificidade foram calculadas a partir da curva ROC que permitiu a definição de um ponto de corte nas probabilidades de não recaída estimadas a partir do modelo de regressão ajustado.

Para todos os testes estatísticos foi utilizado um nível de significância de 5%.

O software estatístico utilizado para a análise foi o SPSS 20.0.

Em seguida, foram ajustados os modelos de regressões logísticas para não recaída. No modelo de regressão logística, os coeficientes exponenciados são interpretados na forma de razão de chances (RC). Neste estudo, a chance consiste no quociente entre a probabilidade de um paciente não apresentar recaída e a probabilidade de recair. Inicialmente foram consideradas como variáveis preditoras do modelo 1 - nível demográfico as variáveis religião, classificação socioeconômica, tipo de moradia e relacionamento amoroso. Já para o nível 2 – história de uso de crack foi considerada a frequência média de uso de crack quando buscou o tratamento, prática de *binge* de crack (fumou crack pelo menos 3 vezes em uma hora por pelo menos 10 horas seguidas), última vez que ficou virado, classificação de dependência, ter ficado sem usar crack na vida, idade de uso da primeira pedra de crack, idade de início de uso compulsivo de crack, quantidade média de pedras de crack consumidas por dia, gasto com crack por dia e tempo por dia que costumava ficar chapado.

No nível 3, foram consideradas as variáveis busca anterior por tratamento para o uso de crack, usos de maconha, cocaína aspirada, cocaína injetada, inalantes na vida e usos de maconha e tabaco no momento do tratamento atual, uso de oxi, conhecimento de alguém que usa oxi e onde se compra oxi, papel da maconha no uso de crack, uso do álcool com crack, papel do álcool no uso de crack, uso de benzodiazepínico e pessoa que dá segurança durante o processo deste tratamento.

Algumas das variáveis tiveram seus níveis agregados devido ao pequeno número de casos e para facilitar a interpretação dos resultados. Todas essas variáveis preditoras mostraram-se associadas à condição do paciente (recaída) a 10% na análise descritiva.

### 3.8 Aspectos ético

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (CEP - Unifesp) sob o número do Parecer CEP nº 1877/11.

Para entrada e abertura de campo na cidade de São Paulo, o projeto de pesquisa também foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo tendo recebido o parecer de nº 039/12.

Para a entrada e abertura de campo na cidade de Recife foi feita uma Carta de Anuência para cada Distrito Sanitário do Recife da Secretaria Municipal de Saúde a fim de que as pesquisadoras tivessem a autorização para fazer a abertura de campo nos serviços denominados Centros de Referência em Álcool e Outras Drogas (CAPS AD).

Em outros CAPS AD da região metropolitana, bem como nas conhecidas Comunidades Terapêuticas e as Clínicas Médicas de Internação, as pesquisadoras apresentavam o já citado parecer CEP nº 1877/11 – UNIFESP.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado e assinado pelos participantes do estudo (**Anexo V**).

## *4. Resultados*



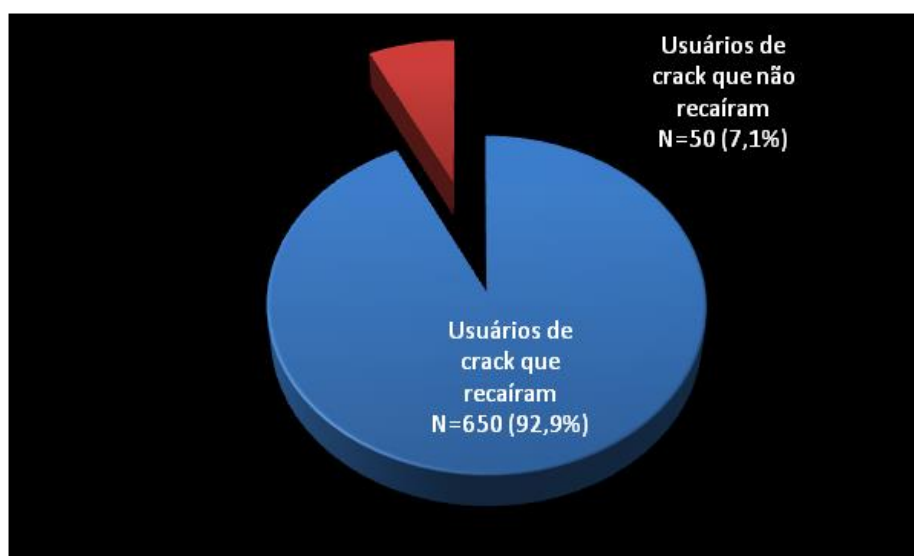
## 4. Resultados

### 4.1 Caracterização dos usuários de crack

Participaram do estudo 700 usuários de crack que buscaram tratamento para a dependência de crack nos três domínios seguintes: Comunidade terapêutica, CAPS AD e Clínica médica, dos quais 92,9% recaíram logo após o tratamento, enquanto que 7,1% mantiveram-se abstinentes.

A **figura 1** mostra a relação dos usuários que tiveram recaída e os que permaneceram abstinentes.

**Figura 1 – Distribuição dos usuários de crack por status de recaída**



Constituída por uma porcentagem maior de homens (87,4%) (**Tabela 1**), com ensino fundamental completo ou incompleto (57,4%), evangélicos / protestantes (41,4%), distribuídos predominantemente pelas classes D e E (38,8%), desempregados (35,8%), tendo como fonte de sustento bicos ou ajuda de familiares (72,2%), morando em casa/apartamento (65,2%), solteiro e sem relacionamento fixo (46,2%), não morando com usuários de crack (79,4%), com idade média de 34 anos, com uma média de 1,6 filhos (DP=1,5 filhos) (**Tabela 2**) e apenas 7,1% da amostra não recaiu após o último tratamento.

**Tabela 1 – Distribuição dos usuários por recaída, segundo características sociodemográficas, segundo status.**

	STATUS						p
	Recaída		Sem recaída		Total		
	N	%	N	%	N	%	
<b>Sexo</b>	<b>650</b>	<b>92,9%</b>	<b>50</b>	<b>7,1%</b>	<b>700</b>	<b>100,0%</b>	0,448
Masculino	570	93,1%	42	6,9%	612	100,0%	
Feminino	80	90,9%	8	9,1%	88	100,0%	
<b>Escolaridade</b>	<b>650</b>	<b>92,9%</b>	<b>50</b>	<b>7,1%</b>	<b>700</b>	<b>100,0%</b>	0,166 <sup>a</sup>
Nunca estudou	9	100,0%	0	0,0%	9	100,0%	
Ensino fundamental I incompleto	85	91,4%	8	8,6%	93	100,0%	
Ensino fundamental I completo ou II incompleto	165	96,5%	6	3,5%	171	100,0%	
Fundamental II completo ou médio incompleto	126	91,3%	12	8,7%	138	100,0%	
Ensino médio completo ou superior incompleto	211	93,0%	16	7,0%	227	100,0%	
Ensino técnico completo	16	88,9%	2	11,1%	18	100,0%	
Universitário completo	38	86,4%	6	13,6%	44	100,0%	
<b>Religião</b>	<b>646</b>	<b>92,8%</b>	<b>50</b>	<b>7,2%</b>	<b>696</b>	<b>100,0%</b>	0,009
Católico	152	88,4%	20	11,6%	172	100,0%	
Evangélico/protestante	278	95,9%	12	4,1%	290	100,0%	
Outras	92	89,3%	11	10,7%	103	100,0%	
Nenhuma	124	94,7%	7	5,3%	131	100,0%	
<b>Classificação socioeconômica</b>	<b>650</b>	<b>92,9%</b>	<b>50</b>	<b>7,1%</b>	<b>700</b>	<b>100,0%</b>	0,005 <sup>a</sup>
A1	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%	
A2	22	84,6%	4	15,4%	26	100,0%	
B1	53	96,4%	2	3,6%	55	100,0%	
B2	91	91,9%	8	8,1%	99	100,0%	
C1	122	91,0%	12	9,0%	134	100,0%	
C2	98	88,3%	13	11,7%	111	100,0%	
D	80	90,9%	8	9,1%	88	100,0%	
E	181	98,4%	3	1,6%	184	100,0%	
<b>Ocupação</b>	<b>648</b>	<b>92,8%</b>	<b>50</b>	<b>7,2%</b>	<b>698</b>	<b>100,0%</b>	0,477
Desempregado e procurando emprego	128	92,1%	11	7,9%	139	100,0%	
Desempregado e não procurando emprego	238	94,8%	13	5,2%	251	100,0%	
Trabalho registrado	116	89,9%	13	10,1%	129	100,0%	
Trabalho sem registro	135	93,8%	9	6,3%	144	100,0%	
Estudando apenas	10	90,9%	1	9,1%	11	100,0%	
Aposentado	21	87,5%	3	12,5%	24	100,0%	
<b>Tipo de moradia</b>	<b>648</b>	<b>92,8%</b>	<b>50</b>	<b>7,2%</b>	<b>698</b>	<b>100,0%</b>	0,040 <sup>a</sup>
Cracolândia do centro	7	100,0%	0	0,0%	7	100,0%	
Casa/ apartamento próprio	300	92,9%	23	7,1%	323	100,0%	
Casa/ apartamento alugado	117	87,3%	17	12,7%	134	100,0%	
Casa/ apartamento de alguém	38	88,4%	5	11,6%	43	100,0%	
Hotel/Pensão	10	90,9%	1	9,1%	11	100,0%	
Abrigo/ albergue	76	97,4%	2	2,6%	78	100,0%	
Rua ou locais abandonados	54	98,2%	1	1,8%	55	100,0%	
Outros	46	97,9%	1	2,1%	47	100,0%	
<b>Relacionamento Amoroso</b>	<b>648</b>	<b>92,8%</b>	<b>50</b>	<b>7,2%</b>	<b>698</b>	<b>100,0%</b>	0,036
Solteiro, sem relacionamento fixo	309	95,4%	15	4,6%	324	100,0%	
Solteiro, com relacionamento fixo	96	89,7%	11	10,3%	107	100,0%	
Casado / união estável	143	92,3%	12	7,7%	155	100,0%	
Separado/ divorciado	90	90,9%	9	9,1%	99	100,0%	
Viúvo	10	76,9%	3	23,1%	13	100,0%	

p - nível descritivo do teste de Qui-Quadrado ou exato de Fisher<sup>(a)</sup>.

**Tabela 2** – Medidas-resumo da idade e número de filhos por status.

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N	p
<b>Idade (anos)</b>	<b>34,0</b>	<b>9,1</b>	<b>16,0</b>	<b>62,0</b>	<b>28,0</b>	<b>32,0</b>	<b>40,0</b>	<b>700</b>	<b>0,708</b>
Recaída	33,9	9,2	16,0	62,0	28,0	32,0	40,0	650	
Sem recaída	34,4	7,8	18,0	56,0	29,0	33,5	39,0	50	
<b>Número de filhos</b>	<b>1,6</b>	<b>1,5</b>	<b>0,0</b>	<b>8,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>2,0</b>	<b>542</b>	<b>0,564</b>
Recaída	1,6	1,5	0,0	8,0	1,0	1,0	2,0	504	
Sem recaída	1,5	1,8	0,0	7,0	0,0	1,0	3,0	38	

## 4.2 Distribuição dos usuários de crack por recaída, segundo história de uso do crack

A relação da distribuição dos usuários de crack e as recaídas podem ser observadas na **tabela 3**, onde verificou-se associação entre recaída e *binge* ( $p < 0,001$ ), última vez que ficou virado ( $p < 0,001$ ), dependência ( $p = 0,010$ ), abstinência alguma vez na vida ( $p < 0,001$ ) e motivo para não uso em algum momento na vida ( $p < 0,001$ ). Dessa forma, observaram-se porcentagens maiores de ausência de recaída em pacientes que nunca praticaram *binge* em crack, que nunca ficaram virados, sem dependência, entre aqueles que nunca ficaram sem usar crack e se deixaram de usar crack, foi por motivos financeiros.

**Tabela 3** – Distribuição dos usuários por recaída, segundo história de uso do crack.

	Status						p
	Recaída		Sem recaída		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Frequência média de uso de crack quando buscou o tratamento							
	644	92,9%	49	7,1%	693	100,0%	0,067 <sup>a</sup>
Todos os dias	472	94,6%	27	5,4%	499	100,0%	
De 3 a 6 dias/semana	90	88,2%	12	11,8%	102	100,0%	
1 ou 2 dias na semana	51	87,9%	7	12,1%	58	100,0%	
3 ou 4 vezes ao mês	12	92,3%	1	7,7%	13	100,0%	
2 vezes ao mês	4	80,0%	1	20,0%	5	100,0%	
1 vez por mês	6	100,0%	0	0,0%	6	100,0%	
Menos de 1 vez por mês	9	90,0%	1	10,0%	10	100,0%	
Praticou binge de crack							
	647	92,8%	50	7,2%	697	100,0%	<0,001
Não	117	83,0%	24	17,0%	141	100,0%	
Sim	530	95,3%	26	4,7%	556	100,0%	
Última vez que você ficou virado							
	645	92,8%	50	7,2%	695	100,0%	<0,001
Nunca fiquei virado	92	81,4%	21	18,6%	113	100,0%	
Nesta semana	27	96,4%	1	3,6%	28	100,0%	
Há menos de um mês, mas mais de uma semana	61	96,8%	2	3,2%	63	100,0%	
Há mais de um mês, mas menos de um ano	358	94,7%	20	5,3%	378	100,0%	
Há mais de um ano	107	94,7%	6	5,3%	113	100,0%	
Classificação de dependência							
	650	92,9%	50	7,1%	700	100,0%	0,010 <sup>a</sup>
Não	9	69,2%	4	30,8%	13	100,0%	
Sim	641	93,3%	46	6,7%	687	100,0%	
Desde que iniciou o consumo de crack, ficou sem usar crack na vida							
	650	100,0%	50	100,0%	700	100,0%	<0,001
Nunca deixou de usar	7	1,1%	11	22,0%	18	2,6%	
Já ficou sem usar crack	643	98,9%	39	78,0%	682	97,4%	
Principal razão para não uso de crack neste período							
	642	92,8%	50	7,2%	692	100,0%	<0,001 <sup>a</sup>
Nunca fiquei sem usar	7	38,9%	11	61,1%	18	100,0%	
Motivos familiares	171	90,5%	18	9,5%	189	100,0%	
Motivos físicos	164	97,0%	5	3,0%	169	100,0%	
Motivos financeiros	16	72,7%	6	27,3%	22	100,0%	
Motivos sociais	61	93,8%	4	6,2%	65	100,0%	
Motivos morais	34	97,1%	1	2,9%	35	100,0%	
Outros	189	97,4%	5	2,6%	194	100,0%	

p - nível descritivo do teste de Qui-Quadrado ou exato de Fisher(<sup>a</sup>).

### 4.3 Relação do consumo e gastos com as pedras de crack

Verificou-se que o grupo de usuários de crack que não apresentou recaída teve maior média de idade de uso da primeira pedra de crack ( $p<0,001$ ) e de idade de início de uso compulsivo de crack ( $p=0,002$ ). Por outro lado, observou-se nesse grupo médias menores de quantidade média de pedras de crack consumidas por dia ( $p<0,001$ ) e tempo (horas) por dia que costumava ficar chapado ( $p=0,006$ ), conforme **tabela 4**.

**Tabela 4** – Medidas-resumo da idade de uso da primeira pedra de crack (anos), idade de início de uso compulsivo de crack (anos), quantidade média de pedras de crack consumidas por dia, gasto com crack por dia, tempo (horas) por dia que costumava ficar chapado e tempo de abstinência de crack (dias) por status.

	Média	Desvio Padrão	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N	p
<b>Idade de uso da primeira pedra de crack (anos)</b>	<b>23,5</b>	<b>8,7</b>	<b>17,0</b>	<b>21,0</b>	<b>29,0</b>	<b>693</b>	<b>&lt;0,001</b>
Recaída	23,2	8,6	16,0	21,0	28,0	643	
Sem recaída	28,3	8,0	22,8	27,5	35,3	50	
<b>Idade de início de uso compulsivo de crack (anos)</b>	<b>26,6</b>	<b>9,1</b>	<b>19,0</b>	<b>25,0</b>	<b>32,0</b>	<b>676</b>	<b>0,002</b>
Recaída	26,3	9,1	19,0	25,0	32,0	629	
Sem recaída	30,6	8,8	23,0	30,0	38,0	47	
<b>Quantidade média de pedras de crack consumidas por dia</b>	<b>16,0</b>	<b>17,3</b>	<b>5,0</b>	<b>10,0</b>	<b>20,0</b>	<b>682</b>	<b>&lt;0,001</b>
Recaída	16,5	17,7	6,0	10,0	20,0	633	
Sem recaída	10,2	9,3	4,0	7,0	15,0	49	
<b>Gasto com crack por dia</b>	<b>169,8</b>	<b>251,2</b>	<b>50,0</b>	<b>100,0</b>	<b>200,0</b>	<b>687</b>	<b>0,081</b>
Recaída	174,5	258,9	50,0	100,0	200,0	637	
Sem recaída	110,2	97,6	40,0	80,0	150,0	50	
<b>Tempo (horas) por dia que costumava ficar chapado</b>	<b>15,1</b>	<b>7,9</b>	<b>8,0</b>	<b>14,0</b>	<b>24,0</b>	<b>661</b>	<b>0,006</b>
Recaída	15,3	7,8	8,0	15,0	24,0	613	
Sem recaída	12,1	8,3	5,0	10,0	24,0	48	
<b>Tempo de abstinência de crack (dias)</b>	<b>564,6</b>	<b>955,9</b>	<b>90,0</b>	<b>240,0</b>	<b>545,0</b>	<b>679</b>	<b>0,357</b>
Recaída	572,9	950,9	90,0	240,0	545,0	640	
Sem recaída	427,6	1.036,6	13,0	120,0	365,0	39	

p - nível descritivo do teste t de Student.

<sup>1</sup>Somente para aqueles com abstinência.

Após a inclusão de cada conjunto de variáveis preditoras de um determinado nível, a seleção das variáveis preditoras para o modelo seguinte foi realizada excluindo-se aquelas não significantes uma por vez. Os resultados estão apresentados na **Tabela 5**.

**Tabela 5** – Resultados da regressão logística para o grupo não recaída.

	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	RC (IC95%)	p	RC (IC95%)	p	RC (IC95%)	p
<b>Religião (ref.= evangélico)</b>						
Católico	3,67 (1,71 - 7,86)	0,001	2,30 (0,99 - 5,37)	0,053	2,79 (1,11 - 7,02)	0,029
Outras	3,41 (1,42 - 8,21)	0,006	2,66 (1,03 - 6,84)	0,043	3,77 (1,3 - 10,92)	0,015
Nenhuma	1,55 (0,58 - 4,10)	0,379	1,42 (0,50 - 4,00)	0,508	1,15 (0,36 - 3,62)	0,814
<b>Tipo de moradia (ref.=Casa/apartamento próprio)</b>						
Casa/ apartamento alugado ou de alguém/Hotel/Pensão	1,78 (0,95 - 3,33)	0,071	1,86 (0,93 - 3,72)	0,081	3,13 (1,43 - 6,88)	0,004
Demais <sup>1</sup>	0,26 (0,09 - 0,79)	0,017	0,30 (0,09 - 0,94)	0,039	0,41 (0,12 - 1,40)	0,157
<b>Relacionamento Amoroso (ref.=Solteiro, sem relacionamento fixo)</b>						
Solteiro, com relacionamento fixo	2,29 (1,00 - 5,28)	0,051	2,54 (1,00 - 6,44)	0,050	3,01 (1,08 - 8,35)	0,034
Casado / união estável	1,46 (0,65 - 3,28)	0,356	1,51 (0,61 - 3,74)	0,376	1,92 (0,71 - 5,16)	0,196
Separado/ divorciado	2,85 (1,25 - 6,48)	0,013	2,67 (1,07 - 6,69)	0,036	2,79 (1,03 - 7,52)	0,043
Não praticou binge de crack			2,26 (1,09 - 4,69)	0,028	-	-
Não dependência			5,11 (1,24 - 20,98)	0,024	6,05 (1,28 - 28,62)	0,023
Desde que iniciou o consumo de crack, nunca deixou de usar			16,03 (4,82 - 53,35)	<0,001	5,11 (1,52 - 17,20)	0,008
N	692		684		684	
<b>Teste de Adequacidade de Hosmer e Lemeshow</b>						
	0,412		0,496		0,471	

De acordo com a **Tabela 5**, permaneceram no modelo final (modelo 3) a religião – católica ( $p=0,029$ ) e outros ( $p=0,015$ ), tipo de moradia - casa/apartamento ( $p=0,004$ ), relação amorosa - solteiro, com relacionamento fixo ( $p=0,034$ ) e separado/divorciado/viúvo ( $p=0,043$ ), dependência ( $p=0,023$ ), abstinência ( $p=0,008$ ). Dessa forma, nota-se que:

Os usuários de crack católicos apresentaram chance de não recaída 2,8 vezes maior do que os evangélicos. Esta chance foi de 3,8 vezes para aqueles com outras religiões, não sendo verificada diferença de chances entre aqueles sem nenhuma religião e os evangélicos (categoria de referência). Usuários residentes em casa/apartamento têm chance de não recaída 3,1 vezes maior do que aqueles que residem em domicílio próprio (categoria de referência), não se verificando diferença de chances entre aqueles que residem em domicílio próprio e aqueles que residem na Cracolândia do centro, abrigo/albergue, rua ou locais abandonados e outros.

Estar solteiro com relacionamento fixo ou separado/divorciado/viúvo apresentaram chance de não recaída superiores ao daqueles solteiros sem relacionamento fixo (3,0 vezes e 2,8 vezes, respectivamente). Não se verificou diferenças de chances entre os casados/união estável e os solteiros sem relacionamento fixo.

## *5. Discussão*



## 5. Discussão

O consumo de crack tem se apresentado inferior aos de outras drogas, no entanto o crack é a droga ilícita que mais gera custos para o sistema público de saúde devido as constantes internações, aumento no número de atendimentos provocando custos excessivos (SILIQUINI et al, 2005; SANTOS et al, 2013; FALLER et al, 2014).

Assim, os resultados deste trabalho confirmam a tendência do usuário de crack em recair no uso da droga logo nos primeiros meses de abstinência como descrito na literatura (SADEGIYE et al, 2004; YANG et al, 2015; LOPES-ROSA et al, 2017). Dos 700 usuários de crack participantes do estudo, apenas 7,1% não sofreram recaída.

O perfil dos usuários de crack encontrado nesta pesquisa coincide com as características dos usuários de crack brasileiro. São predominantemente homens adultos, jovens, solteiros, de baixa escolaridade, desempregados e de baixa renda (FERREIRA FILHO et al, 2003; HORTA et al, 2011). Essas características da amostra são importantes de serem destacadas, pois coincidem com o padrão do usuário brasileiro de crack encontrado no Levantamento Nacional sobre Uso de Crack desenvolvido pela Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD) do Ministério da Justiça (SENAD, 2014), reforçando os resultados apresentados. De acordo com esse levantamento nacional os usuários de crack no Brasil têm baixa educação (no presente estudo, quase 60% da amostra só completaram o curso fundamental ou nunca estudaram) (**Tabela 1**) e estão desempregados (56% dos participantes do estudo estão desempregados, sendo que 30% destes nem emprego estão procurando) (**Tabela 1**). No aspecto relacionamento amoroso, de acordo com a pesquisa da SENAD o padrão do usuário brasileiro é ser sozinho (na pesquisa atual, cerca de 60% dos participantes são solteiros sem busca de parceiro, viúvos ou separados) (**Tabela 1**) e em relação à idade o levantamento nacional identifica um usuário jovem adulto, com idade inferior a 40 anos (na pesquisa atual a média de idade foi cerca de 34 anos) (**Tabela 2**).

Neste estudo, os usuários de crack foram distribuídos predominantemente pelas classes D e E, sendo que 35,8% estavam desempregados e mais da metade

tinha como fonte de sustento bicos ou ajuda familiar. Assim, entender que o nível socioeconômico é estabelecido através do nível educacional, renda e trabalho (GALEA & VLAHOV, 2002; VICTORA et al, 2011) torna-se fundamental para a compreensão dos fatores que levaram os usuários de crack da atual pesquisa a recaírem mais quando comparados ao grupo que não recaiu, logo após o tratamento.

Dentre as variáveis que se mostraram significativas através do modelo de regressão logística destacou-se que os usuários que vivem em locais como casa/apartamento têm menos chances de recair (3,1 vezes) do que aqueles que vivem na Cracolândia ou nas ruas (**Tabela 1**).

A moradia é um fator preponderante na vida da população em geral, ao se analisar o efeito da moradia ou sua ausência observou-se que não ter moradia estável ou depender de programas de moradia está relacionado ao maior índice de abuso e/ou dependência de substâncias ilícitas, podendo acarretar em complicações judiciais e familiares (GABRIELIAN et al, 2015).

Da mesma maneira, ter um histórico de viver e morar na rua, em algum momento, pode ser um registro de vulnerabilidade na vida do usuário de drogas. Um estudo realizado em 2012, em seis capitais brasileiras, com 564 usuários de crack avaliou a gravidade do uso de substâncias psicoativas, saúde física e emocional, a moradia e vulnerabilidades desses usuários. Aqueles que viviam nas ruas apresentaram piores escores em relação ao abuso de substâncias, problemas de saúde e familiar, prisão e renda insuficiente para as necessidades básicas (HALPERN et al, 2017). Esses achados reforçam os resultados da atual pesquisa, onde se expor a situações como viver nas ruas é um importante marcador de vulnerabilidade, aspecto que contribui para o aumento das taxas de recaídas.

Assim, para entender o porquê que viver na Cracolândia torna-se um fator de risco é necessário compreender sua dinâmica. Trata-se de um local que abrange quatro bairros no centro da cidade, com 500 moradores. Recebe diariamente cerca de 2000 visitantes que vão em busca de drogas, especialmente o crack. É controlada por facções do crime organizado, que mantém o tráfico e atividades ligadas ao uso de drogas, dentre elas o crack. A falta de um policiamento mais efetivo, a pobreza, desemprego e a destruição moral existentes no local permitem

que os usuários utilizem o crack nas ruas onde muitos passam a viver (FISCHER, 2013; RIBEIRO 2016). A presença da droga, a visibilidade do consumo e ainda, a falta de censura ao ato de fumar a droga publicamente, dificilmente seria um cenário seguro para impedir a sua utilização, pelo contrário, o local é um facilitador para o seu consumo (XUE et al, 2012). Soma-se a essa extensa vulnerabilidade social o fato de que a Cracolândia, pela ampla visibilidade do consumo de crack, pode despertar as pistas ambientais associadas à droga (ver alguém usando a droga, ter contato com a parafernália necessária para o seu consumo como cachimbo, frequentar o lugar no qual costumava utilizar a droga), as quais persistem durante a abstinência contribuindo para a recaída (MARLATT, 1990). BRUEHL et al (2006) assim como CHAVES et al (2011) atribuem a essas pistas do ambiente o potencial de desencadear a fissura (desejo incontrolável pela droga) a qual pode levar à recaída. Outro fator que pode contribuir para a recaída em locais como a rua e a Cracolândia é a violência existente. YANG et al (2011) em seu estudo com usuários de crack, comprovaram que a violência é um preditor de recaída. Diante desses fatores que induzem à recaída fica fácil de entender que a casa, em geral, é um local onde a droga e a violência não estão presentes, podendo dessa forma, ser um ambiente mais protetor contra a recaída.

A Religião também surge nos resultados desta pesquisa como um fator importante de proteção à recaída, em especial a católica. Os participantes da pesquisa que se declararam católicos apresentaram chances de não recair 2,8 vezes maior do que os evangélicos e 3,8 vezes maior que aqueles com outras religiões. Nos estudos sobre dependência de drogas e religião observou-se que a religiosidade e espiritualidade vem se tornando cada vez mais importante nas áreas da saúde (SANCHEZ & NAPPO, 2007; DRAPER, 2012).

O Brasil é o maior país católico do mundo (VATICAN NEWS, 2018) e com cerca de 95% da população brasileira com um alto envolvimento religioso (MOREIRA-ALMEIDA, 2010). Esses dados demonstram a importância da religião na vida do brasileiro, em especial a religião católica, a mais professada no país. A religião tem sido evidenciada como tendo uma associação positiva com saúde mental (KOENING, 2009; WEBER, 2014; JAKOVLJEVIC 2017; CRUZ & NAPPO, 2018).

Acreditar em um poder superior é fundamental no processo de mudança de hábito incluindo o uso de drogas (ARNOLD et al, 2002; LILLIS et al, 2008).

Os usuários de drogas encontram na religião suporte social que auxilia na redução do estresse e aumenta o bem estar deste dependente de drogas em processo de reabilitação (COOK, 2004; MOHR et al, 2006; CLARK, 2006; SANCHEZ & NAPPO, 2007).

SANCHEZ et al (2008), demonstraram o papel protetor relevante exercido pela religião em relação ao consumo de drogas. Apontaram a importância da religião católica nesse processo, no qual a oração e as conversas com Deus agiam como forte ansiolítico e um meio de controlar a fissura. O ato da confissão e o consequente perdão dos erros cometidos davam ao usuário condições de uma reestruturação da vida e aumento da auto-estima, reforçando o seu distanciamento da droga. SHIRAMA (2013), em estudo para avaliar o consumo de medicamentos psicotrópicos por pacientes concluíram que existia uma relação de maior consumo dessas drogas entre os não católicos.

Esses dados podem explicar uma maior proteção da religião católica em relação à recaída ao consumo de crack.

Os resultados desta pesquisa também apontaram para o estado civil como uma condição importante de interferência na recaída ao consumo de crack. Os participantes solteiros com relacionamento fixo ou separado/divorciado apresentaram chances de não recaída superiores aos solteiros sem relacionamento fixo (3,0 vezes e 2,8 vezes, respectivamente).

Vários pesquisadores têm demonstrado o papel protetor da família em relação ao consumo de drogas (SCHENKER & MINAYO, 2004; PAIVA & RONZANI, 2009). Sau et al (2013) confirmam essa afirmação através dos resultados de sua pesquisa com usuários de crack na qual um número menor de casos de recaída ocorreu entre aqueles que não eram sozinhos, isto é, contavam com o suporte de um companheiro(a) ou da família. Porém, um resultado obtido no presente trabalho não segue esse padrão, ou pelo menos parece contraditório num primeiro momento, quando revela que usuários separados, divorciados também apresentam chances superiores de não recaírem. Uma possível explicação para o fato seria a existência de desarmonia no relacionamento o que levou à separação ou divórcio. Alguns

autores afirmam que 75% das recaídas ocorrem, dentre outras causas, devido a problemas interpessoais e a falta de suporte familiar e social (BROWN et al, 1989; HOSSEINI et al, 2014). Essas causas demonstram que nem sempre a família tem um papel benéfico ou protetor em relação ao consumo de drogas. Desarmonia, desentendimentos, violência dentro da família são fatores que podem desencadear a recaída.

Ainda em relação aos resultados, a pesquisa aponta *binge*, dependência e abstinência como fatores desencadeadores de recaída. Parece que essas três condições têm em comum a possibilidade do desenvolvimento de fissura, fator intimamente associado à recaída ao consumo (CHAVES et al, 2011). Para muitos autores, a fissura é considerada a maior razão de recaída (XUE et al, 2012; WITKIEWITZ et al, 2013).

O padrão de consumo intenso, contínuo e repetitivo de crack é chamado de *binge* e sua duração se dá até que o estoque de droga termine ou o usuário entre em exaustão (SIEGEL, 1982; NAPPO et al, 1999; HARZKE et al, 2009). Esses ciclos intermitentes de doses repetidas de crack, característicos da dependência da droga e provocados pela fissura, são seguidos de paradas abruptas em seu consumo, as quais estão associadas a sinais e sintomas de retirada, obrigando o usuário retornar ao uso de crack (CHAVES et al, 2011). Diante desse padrão de consumo de crack, não é difícil sugerir que usuários de crack que desenvolveram a dependência da droga e por consequência o padrão *binge* de consumo provocado pela fissura característica do crack, terão mais chance de recair ao consumo quando se submeterem a tratamentos nos quais a abstinência total é exigida como “cura” da dependência. Após períodos intensos de consumo descontrolado (*binge*), manter a abstinência total supõe-se um esforço muito grande de um usuário de crack.

Talvez um uso controlado da droga, que permitisse ao usuário uma reintegração à sociedade, mantendo família, emprego e amigos, poderá constituir-se numa estratégia mais eficaz para reprimir a recaída, no caso de crack. OLIVEIRA & NAPPO (2008) em estudo de caracterização da cultura de uso de crack na cidade de São Paulo, identificaram o padrão controlado de consumo de crack. Este compreendia o uso não diário da droga e comumente conciliado às atividades sociais pré-existentes (no que se refere à família, atividades escolares e trabalho),

protegendo o usuário da marginalização. Segundo esses autores, os usuários mantinham esse consumo controlado a partir de fatores de proteção internos desenvolvidos por eles mesmos ao se basearem nas suas próprias crenças e valores. A adoção dessas estratégias, com o tempo, levou vários desses usuários a alcançarem a abstinência.

## ***6. Conclusão***

## 6. Conclusão

Os resultados dessa pesquisa confirmam os dados da literatura que apontam os usuários de crack com grande propensão para recair ao uso da droga nos primeiros meses após um tratamento. A amostra deste estudo tem características similares com o perfil oficial do usuário de crack definido pelo governo brasileiro, o que reforça os achados. Os principais fatores que protegem o usuário de crack de recaída, de acordo com os resultados desta tese são: **Estado Civil**: Ser solteiro, mas ter um parceiro fixo e desta forma contar com o suporte do cônjuge; a pesquisa revela um dado ainda não explorado por outros estudos, é o fato de que usuários separados ou divorciados também têm chances superiores a não recaída, explicação plausível para esse dado, é a desarmonia possível existente nessa família que poderia agir em sentido contrário, portanto, nesse caso estar só é mais protetor; **Religião**: ser católico mostrou-se um fator protetor efetivo; **Moradia**: não morar na rua ou crackolândia, demonstrou ser importante não estar exposto às pistas ambientais e à violência típica desses locais; **Binge, Abstinência, Dependência**: não praticar o *binge*, não ter desenvolvido dependência ou abstinência surgem como fatores protetores, os quais tem como ponto comum a produção da fissura que leva à recaída.

## *Referências bibliográficas*



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁLVAREZ, A. M. A. Risk factors that favor the relapse in alcoholism. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 3, p. 188-193, 2007.

BASTOS, F.; BERTONI, N. Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do País. **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**. Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

BASTOS, F.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. S65-S76, 2000.

BONO, J. Criminalistics: Introduction to controlled substances. **Drug abuse handbook**, p. 1-75, 1998.

BROWN, S. A.; VIK, P. W.; CREAMER, V. A. Characteristics of relapse following adolescent substance abuse treatment. **Addictive Behaviors**, v. 14, n. 3, p. 291-300, 1989.

BRUEHL, A. M. et al. Craving and control: methamphetamine users' narratives. **Journal of psychoactive drugs**, v. 38, n. sup3, p. 385-392, 2006.

BUCHER, R. Droga e drogadição no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CARLINI, E. et al. II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil. Principais resultados - Estudo comparativo Brasil - 2001 e 2005. São Paulo: **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas**. São Paulo: 2006.

CARLINI, E. A. et al. **Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas**. CEBRID, SENAD, Lastro Editora, 2010.

CARLINI, E. et al. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**, 2010.

CHALUB, M.; TELLES, L. E. Alcohol, drugs and crime. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, p. s69-s73, 2006.

CHAVES, T. V. et al. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Revista de Saúde Pública**, v. 2, p. 68-75, 2011.

CRUZ, J. I.; NAPPO, S. A. Is Ayahuasca an Option for the Treatment of Crack Cocaine Dependence? **Journal of psychoactive drugs**, p. 1-9, 2018.

CRUZ, M. S. et al. Key drug use, health and socio-economic characteristics of young crack users in two Brazilian cities. **International Journal of Drug Policy**, v. 24, n. 5, p. 432-438, 2013.

CUNHA, S. M. D.; ARAUJO, R. B.; BIZARRO, L. Profile and pattern of crack consumption among inpatients in a Brazilian psychiatric hospital. **Trends in psychiatry and psychotherapy**, v. 37, n. 3, p. 126-132, 2015.

CZERMAINSKI, F. R. et al. Assessment of inhibitory control in crack and/or cocaine users: a systematic review. **Trends in psychiatry and psychotherapy**, v. 39, n. 3, p. 216-225, 2017.

DIAS, A. C.; ARAÚJO, M. R.; LARANJEIRA, R. Evolution of drug use in a cohort of treated crack cocaine users. **Rev Saude Publica**, v. 45, n. 5, p. 938-48, 2011.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Artmed Editora, 2011.

DUALIBI, L. B.; RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s545-s557, 2008.

EPELE, M. E. New toxics, new poverty: a social understanding of the Freebase cocaine/paco in Buenos Aires, Argentina. **Substance use & misuse**, v. 46, n. 12, p. 1468-1476, 2011.

FALLER, S. et al. **Quem procura tratamento para abuso de substância na rede pública no Brasil? Resultados de um estudo multicêntrico envolvendo quatro capitais brasileiras**. 2014.

FERREIRA, P. E. M.; MARTINI, R. K. Cocaína: lendas, história e abuso. **Rev Bras Psiquiatria**, v. 23, n. 2, p. 96-9, 2001.

FERREIRA, FOF., TURCHI, MD, LARANJEIRA, R., CASTELO, A. Epidemiological profile of cocaine users on treatment in psychiatric hospitals, Brazil. **Rev Saúde Pública** 2003; 37:751-9.

FERRI, C. P. et al. Aumento da procura de tratamento por usuários de crack em dois ambulatorios na cidade de São Paulo: nos anos de 1990 a 1993. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 1997.

FISCHER, B. et al. Crack across the Americas – A massive problem in continued search of viable answers: Exemplary views from the North (Canada) and the South Brazil. **International Journal of Drug Policy**, v. 24, n. 6, p. 631-633, 2013.

FISCHER, B. et al. Effectiveness of secondary prevention and treatment interventions for crack-cocaine abuse: A comprehensive narrative overview of

English-language studies. **International Journal of Drug Policy**, v. 26, n. 4, p. 352-363, 2015.

FONSECA, E. M. D. et al. Descentralização, AIDS e redução de danos: a implementação de políticas públicas no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 2134-2144, 2007.

FRIEDMAN, A. S.; GLASSMAN, K.; TERRAS, A. Violent behavior as related to use of marijuana and other drugs. **Journal of addictive diseases**, v. 20, n. 1, p. 49-72, 2001.

GABBARD, G. **Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica** (AE Fillman, Trad.): Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

GABRIELIAN, S., BROMLEY E., HELLEMANN G.S, KERN R.S., GOLDENSON NI, DANLEY ME, et al. Factors affecting exits from homelessness among persons with serious mental illness and substance use disorders. **J Clin Psychiatry** 2015; 76:e469-76.

GALDURÓZ JC, N. A., CARLINI EA. **IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID): 1997.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país-2001. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2005.

GALDUROZ, J.; NOTO, A.; FONSECA, A. CARLINI, E. **V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras**. UNIFESP - Centro Brasileiro de informações sobre Drogas Psicotrópicas, 2004.

GALEA, S., VLAHOV, D. Social determinants and the health of drug users: socioeconomic status, homelessness, and incarceration. **Public Health Rep** 2002; 117 Suppl:S135-45.

GORSKI, T.; KELLEY, J.; HAVENS, L. An overview of addiction, relapse, and relapse prevention. **Relapse prevention and the substance-abusing criminal offender**, 1993.

GUILHARDI. Alcoolismo. In: Lettner, HW, Rangé BP. **Manual de psicoterapia comportamental**: 94-103. : Ed. Manole Ltda 1988.

GUIMARÃES, C. F. et al. Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). **Rev Psiquiatr Rio Gd Sul**, v. 30, n. 2, p. 101-8, 2008b.

HAAS, C.; KARILA, L.; LOWENSTEIN, W. Cocaine and crack addiction: a growing public health problem. **Bulletin de l'Academie nationale de medecine**, v. 193, n. 4, p. 947-62; discussion 962-3, 2009.

HAASEN, C., PRINZLEVE, M., GOSSOP, M., FISCHER, G., & CASAS, M. Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder or crack users. **World Psychiatry**. 4(3) 2005.

HALPERN, S. C. et al. Vulnerabilidades clínicas e sociais em usuários de crack de acordo com a situação de moradia: um estudo multicêntrico de seis capitais brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.

HARZKE, A. J.; WILLIAMS, M. L.; BOWEN, A. M. *Binge* use of crack cocaine and sexual risk behaviors among African-American, HIV-positive users. **AIDS and Behavior**, v. 13, n. 6, p. 1106, 2009.

HATSUKAMI, D. K.; FISCHMAN, M. W. Crack cocaine and cocaine hydrochloride. Are the differences myth or reality? **JAMA**, v. 276, n. 19, p. 1580-8, Nov 1996.

HAY, G., GANNON, M., MACDOUGALL, J., EASTWOOD, C., WILLIAMS, K., & MILLAR, T. Opiate and crack cocaine use: A new understanding of prevalence. **Drugs: Education, Prevention & Policy**. 17(2): p.135–147, 2010.

HORTA, R.L., HORTA, B.L., ROSSET, A.P., HORTA, C.L. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. **Cad Saúde Pública** 2011; 27:2263-70. *Lancet* 2011; 377:2042-53.

HOSSEINI, S. et al. Evaluation of drug abuse relapse event rate over time in frailty model. **Osong public health and research perspectives**, v. 5, n. 2, p. 92-95, 2014.

ILSE, J., PRINZLEVE, M., ZURHOLD, H., & HAASAN, C. Cocaine and crack use and dependence in Europe – Experts view on an increasing public health problem. **Addiction Research and Theory**, 14(5), 437–452, 2006.

INCIARDI, J. Crack cocaine in the Americas. Brazil-United States Binational Research. São Paulo, p.63-75, 1993.

JAKOVLJEVIC, M. Resilience, psychiatry and religion from public and global mental health perspective Dialogue and Cooperation in the Search for Humanistic Self, Compassionate Society and Empathic Civilization. **Psychiatria Danubina**, v. 29, n. 3, p. 238-244, 2017.

JUNGEMAN, F. S.; LARANJEIRA, R. Entrevista motivacional: bases teóricas e práticas. **J Bras Psiquiatria**, p. 197-207, 1999.

KNAPP, P. et al. Prevenção da recaída. Um manual para pessoas com problemas pelo uso do álcool e de drogas. **Prevenção da Recaída: Um Manual para Pessoas com Problemas pelo Uso do Álcool e Drogas**, 1994.

KOENIG, H. G. Research on religion, spirituality, and mental health: A review. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 54, n. 5, p. 283-291, 2009.

KOLLING, N. D. M. et al. Avaliação neuropsicológica em alcoolistas e dependentes de cocaína. **Avaliação Psicológica**, v. 6, n. 2, p. 127-137, 2007.

MALTA, M. et al. HIV/AIDS risk among female sex workers who use crack in Southern Brazil. **Rev Saude Publica**, v. 42, n. 5, p. 830-7, Oct 2008.

MARLATT, A.; GORDON, J. Determinants of Relapse: Implications for the maintenance of behavior change In Davidson PO, Davidson DM, organizers. **Behavioral medicine: Changing health lifestyles**. New York (EUA), 1980.

MARLATT, G. A. Cue exposure and relapse prevention in the treatment of addictive behaviors. **Addictive behaviors**, v. 15, n. 4, p. 395-399, 1990.

MARLATT, G. A.; DONOVAN, D. M. **Prevenção da recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos**. Artmed Editora, 2009.

MARLATT, G. A.; DONOVAN, D. M. **Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors**. Guilford Press, 1985.

MESQUITA, F. et al. Trends of HIV infection among injection drug users in Brazil in the 1990s: the impact of changes in patterns of drug use. **Journal of acquired immune deficiency syndromes** (1999), v. 28, n. 3, p. 298-302, 2001.

MONTEIRO, C. F. D. S. et al. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. Esc Anna Nery **Rev Enferm**, v. 15, n. 1, p. 90-5, 2011.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Rev Psiq Clín**, v. 37, n. 1, p. 12-5, 2010.

NAPPO, S. A. Análise qualitativa do uso de cocaína: um estudo em São Paulo. Leite MC, Andrade AG. **Cocaína e crack: de fundamentos ao tratamento**. Porto Alegre: Artmed, p. 205-26, 1999.

NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z.; DE OLIVEIRA, L. G. Crack, AIDS, and women in São Paulo, Brazil. *Substance use & misuse*, v. 46, n. 4, p. 476-485, 2011.

NAPPO, S.; GALDURÓZ, J.; NOTO, A. Crack use in São Paulo. **Subst Use Misuse** v. 31, n. 5, p. 565-79, 1996.

NASSIF, S. et al. Aspectos neuropsicológicos associados ao uso de cocaína. **Neuropsicologia hoje**, p. 371-385, 2004.

NOTO, A. R. et al. Drugs and health in the Brazilian press: an analysis of articles published in newspapers. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 1, p. 69-79, 2003.

OLIVEIRA, L. G., PONCE, J. C., & NAPPO, S. A. Crack cocaine use in Barcelona: A reason of worry. **Substance Use & Misuse**, 45(13), 2291–2300, 2010.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 664-71, 2008.

ONU, ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório Mundial sobre Drogas** 2018.

PAIVA, F. S.; RONZANI, T. M. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 177-183, 2009.

PALAMAR, J. J. et al. Powder cocaine and crack use in the United States: An examination of risk for arrest and socioeconomic disparities in use. **Drug and alcohol dependence**, v. 149, p. 108-116, 2015.

PEDRERO-PEREZ, E. J. et al. Cognitive remediation in addictions treatment. **Revista de neurologia**, v. 52, n. 3, p. 163-172, 2011.

PÉREZ, A. O., CRUYFF, M., BENSCHOP, A., & KORF, D. J. Estimating the prevalence of crack dependence using capture-recapture with institutional and field data: A three-city study in the Netherlands. **Substance Use & Misuse**, 48(1–2), 173–180, 2013.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C. Toward a comprehensive model of change. In: (Ed.). **Treating addictive behaviors**: Springer, 1986. p.3-27.

REICHENHEIM, M. E. et al. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. **The Lancet**, v. 377, n. 9781, p. 1962-1975, 2011.

RIBEIRO, L. A.; SANCHEZ, Z.; NAPPO, S. A. Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. **J Bras Psiquiatr**, v. 59, n. 3, p. 210-8, 2010.

RIBEIRO, M. et al. Causa mortis em usuários de crack. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 28, n. 3, p. 196-202, 2006.

RIBEIRO, M. et al. The Brazilian ‘Cracolândia’ open drug scene and the challenge of implementing a comprehensive and effective drug policy. **Addiction**, v. 111, n. 4, p. 571-573, 2016.

RIEZZO, I. et al. Side effects of cocaine abuse: multiorgan toxicity and pathological consequences. *Current medicinal chemistry*, v. 19, n. 33, p. 5624-5646, 2012.

SADEGIYE AHARI, S. et al. Reviewing the causes of recurred addiction in patients who referred to centers introduced of Tehran welfare. **Ardabil Med Univ J**, v. 3, n. 4, p. 36-40, 2004.

SAMHSA, M. H. S. A. Mental Health Services Administration (SAMHSA)(2014) Results from the 2013 national survey on drug use and health: summary of national findings. **Substance Abuse and Mental Health Services Administration**, Rockville, MD, 2014.

SANCHEZ, Z.; NAPPO, S. A. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 2, p. 265-72, 2008.

SANCHEZ, Z.; NAPPO, S. A. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. **Revista de saúde pública**, v. 36, p. 420-430, 2002.

SANTOS, CRUZ M., ANDRADE T., BASTOS F.I., LEAL E., BERTONI N., LIPMAN L., et al. Patterns, determinants and barriers of health and social service utilization among young urban crack users in Brazil. **BMC Health Serv Res** 2013; 13:536.

SCHEFFER, M.; PASA, G. G.; DE ALMEIDA, R. M. M. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 3, p. 533-541, 2010.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. D. S. The importance of family in drug abuse treatment: a literature review. **Cadernos de saúde pública**, v. 20, n. 3, p. 649-659, 2004.

SENAD, SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, S. **Pesquisas sobre o consumo de drogas no Brasil - Eixo Políticos e Fundamentos**. Brasília: SENAD 2017.

SHIRAMA, F. H.; MIASSO, A. I. Consumption of psychiatric drugs by patients of medical and surgical clinics in a general hospital. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 948-955, 2013.

SIEGEL, R. K. Cocaine smoking. **Journal of psychoactive drugs**, 1982.

SILIQUNI R., MORRA A., VERSINO E., RENG A. G. Recreational drug consumers: who seeks treatment? **Eur J Public Health** 2005; 15:580-6.

STOEVEER, H. Crack cocaine in Germany – current state of affairs. **Journal of Drug Issues**, 32(2), 413–421, 2002.

SUSKA, A. et al. Selective presynaptic enhancement of the prefrontal cortex to nucleus accumbens pathway by cocaine. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 110, n. 2, p. 713-718, 2013.

VATICAN; NEWS. O anuário Pontifício. <https://www.vaticannews.va/pt/vaticano/new/2018-06/anuario-pontificio-2018-annuarium-statisticum-ecclesiae.html>, 2018. Acesso em: 05/09/2018.

VERNAGLIA, T. V. C. et al. The female crack users: Higher rates of social vulnerability in Brazil. **Health care for women international**, v. 38, n. 11, p. 1170-1187, 2017.

VICTORA, C.G, BARRETO, M.L., DO CARMO LEAL, M., MONTEIRO, C.A., SCHMIDT, M.I., PAIM, J., et al. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **Lancet** 2011; 377:2042-53.

VIVANCOS, R. et al. Crack/cocaine use in a rural county of England. *Journal of Public Health*, v. 28, n. 2, p. 96-103, 2006. ISSN 1741-3850.

VOLKOW, N. D.; FOWLER, J. S. Addiction, a disease of compulsion and drive: involvement of the orbitofrontal cortex. **Cerebral cortex**, v. 10, n. 3, p. 318-325, 2000.

VOLKOW, N. D.; FOWLER, J. S.; WANG, J. The addicted human brain: insights from imaging studies. **The Journal of clinical investigation**, v. 111, n. 10, p. 1444-1451, 2003.

WALLACE, B. C. Treating crack cocaine dependence: The critical role of relapse prevention. *Journal of psychoactive drugs*, v. 22, n. 2, p. 149-158, 1990. ISSN 0279-1072.

WEBER, S. R.; PARGAMENT, K. I. The role of religion and spirituality in mental health. **Current opinion in psychiatry**, v. 27, n. 5, p. 358-363, 2014.

WECHSBERG, W. M. et al. Sustainability of intervention effects of an evidence-based HIV prevention intervention for African American women who smoke crack cocaine. **Drug Alcohol Depend**, v. 109, n. 1-3, p. 205-12, Jun 2010.

WHO, W. H. O. Program on Substance Abuse – WHO **Initiative on cocaine meeting of project advisers**. Geneva: Publication WHO-PSA-92.8.: 24-28 p. 1992.

WITKIEWITZ, K. et al. Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. **Addictive behaviors**, v. 38, n. 2, p. 1563-1571, 2013.

XUE, Y.; X. et al. A memory retrieval-extinction procedure to prevent drug craving and relapse. **Science**, v. 336, n. 6078, p. 241-245, 2012.



YANG, M. et al. From abstinence to relapse: a preliminary qualitative study of drug users in a compulsory drug rehabilitation Center in Changsha, China. **PloS one**, v. 10, n. 6, 2015.

*Anexos*

## ANEXOS

### ANEXO I - Aprovação do Comitê De Ética Em Pesquisa (CEP)

	Universidade Federal de São Paulo Escola Paulista de Medicina	Comitê de Ética em Pesquisa Hospital São Paulo
--	--	---

São Paulo, 16 de dezembro de 2011  
CEP Nº: 1877/11

Ilmo(a) Sr(a)

Pesquisador(a): Solange Aparecida Nappo

Disciplina/Departamento: Epidemiologia - Medicina Preventiva

Pesquisadores associados: Claudia Masur Araujo Carlini, Janaina Rubio Gonçalves, Joselaine Ida da Cruz, Zila van der Meer Sanchez

**Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo**

**TÍTULO DO ESTUDO:** Motivos apontados por usuários de crack como desencadeadores de recaída e avaliação de fatores predisponentes que levam a esse quadro. :

**CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO:** Estudo epidemiológico

**RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE:** Risco mínimo, sem procedimento invasivo

**OBJETIVO DO ESTUDO:** Entender e levantar através do próprio usuário os motivos que os levam a recaídas; Identificar quais os fatores predisponentes ao usuário, ao tratamento e à dependência que interferem nessas recaídas; Identificar possíveis suportes (terapêutico, social, mútua-ajuda) que podem ser fundamentais para que esses usuários mantenham-se abstinentes .

**RESUMO:** Serão selecionadas amostras representativas de ex-usuários de crack (pelo menos 6 meses de abstinência) em 3 domínios de tratamento: Comunidades terapêuticas; CAPS-AD; Clínicas Médicas de Internação. Um grupo controle, sem tratamento será obtido por bola de neve. Os 4 domínios totais de amostragem serão definidos tanto em São Paulo quanto no Recife. Estima-se uma amostra em torno de 600 sujeitos, sendo 480 em São Paulo e 120 em Recife (divididos igualmente nos quatro domínios, nas 2 cidades). Na composição do questionário serão utilizados/adaptados alguns protocolos de pesquisas: questionário semi-estruturado desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde – OMS (WHO, 1992), levantamentos sobre uso de drogas adaptados e desenvolvidos pelo CEBRID (Carlini et al, 2007), dentre outros instrumentos desenvolvidos e validados para aplicação na realidade brasileira. As informações a respeito dos dados socioeconômicos serão coletadas a partir da escala da ABEP (Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa), padrão brasileiro para comparações socioeconômicas. A segunda etapa do método de desenvolvimento da pesquisa consistirá na metodologia qualitativa, uma vez que esta abordagem procura descrever e analisar culturas e comportamentos humanos a partir do ponto de vista dos investigados. A obtenção da amostra acontecerá a partir de sorteio aleatório simples dentro dos quatro grupos previamente selecionados para a etapa quantitativa (3 domínios de tratamento e grupo controle). Assim, aqueles sorteados serão convidados a participarem da etapa II da pesquisa, caracterizando uma subamostra dentro dos grupos. Serão realizadas entrevistas em profundidade. É estimado o sorteio de vinte sujeitos de cada grupo, somando o total de oitenta entrevistados em cada capital (São Paulo e Recife). Serão realizadas entrevistas em profundidade, baseadas em roteiro semi-estruturado.

**MATERIAL E MÉTODO:** Estão descritos os procedimentos do estudo

**TCLE:** Adequado, contemplando a resolução 196/96

**DETALHAMENTO FINANCEIRO:** CNPq - R\$ 379.413,20

**CRONOGRAMA DO ESTUDO:** 24 meses

**PRIMEIROS RELATÓRIOS PARCIAIS PREVISTOS PARA : 10/12/2012 e 05/12/2013**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo ANALISOU e APROVOU o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,



Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

**ANEXO II - Inclusão da aluna no projeto aprovado pelo CEP.**

São Paulo, 13 de março de 2018.

Solicitação de Inclusão de Pesquisador – Aluno de doutorado

Por meio desta, solicito a inclusão da aluna JOSELAINE IDA DA CRUZ, do Programa de Doutorado em Saúde Coletiva da UNIFESP, no projeto de pesquisa “Motivos apontados por usuários de crack como desencadeadores de recaída e avaliação de fatores predisponentes que levam a esse quadro”, financiado pelo CNPq de acordo com o processo 402776/2010-0 referente à chamada pública Edital 41/2010 – Faixa I, cujo número no Comitê de Ética em Pesquisa é CEP 1877/11.

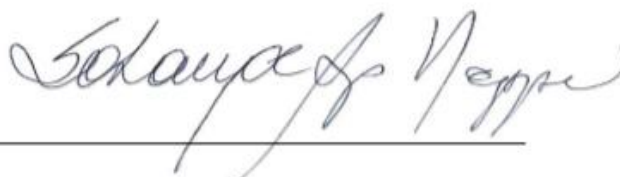
Parte dos dados obtidos neste projeto será utilizado pela aluna como base para sua tese para obtenção do título de Doutor.

Subprojeto da aluna JOSELAINE IDA DA CRUZ.

Caracterização dos Usuários de Crack que não sofrem recaída logo após um tratamento.

Declaro que nenhuma alteração foi realizada no projeto aprovado pelo CEP.

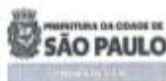
Necessitamos de um parecer de aprovação que inclua a aluna como pesquisadora e o nome de seu subprojeto, para fins de justificativa junto à CEPG do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, que exige que os nomes dos alunos e projetos apareça claramente na aprovação do CEP.



Professora Doutora Solange Aparecida Nappo

Professora adjunta

## ANEXO III - Aprovação da Secretaria Municipal de Saúde



### SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 2451.0.000.162-11

São Paulo, 02 de Março de 2012.  
PARECER Nº 039/12 – CEP/SMS

Ilma, Sra.  
Solange Aparecida Nappo

**Projeto de Pesquisa Título:** "MOTIVOS APONTADOS POR USUÁRIOS DE CRACK COMO DESENCADEADORES DE RECAÍDA E AVALIAÇÃO DE FATORES PREDISPONENTES QUE LEVAM A ESSE QUADRO.".

**Tipo –** Pesquisa Acadêmica

**Pesquisador responsável:** Solange Aparecida Nappo

**Instituição:** Universidade Federal De São Paulo

**Patrocinador:** Ministério da Ciência e Tecnologia – MCT; Ministério Da Saúde – MS; Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPQ.

#### 1 Sumário Geral do Protocolo

"Embora tratamentos para abuso de drogas frequentemente produzam uma diminuição da gravidade dos problemas psicossociais ligados ao consumo dessas substâncias, uma porcentagem significativa de usuários reiniciam o abuso da droga de escolha em um curto prazo após o tratamento. Consumidores de crack parecem ser particularmente propensos à recaída. Torna-se um desafio o tratamento desses usuários, ao se considerar que: a cultura de uso da droga vem modificando suas características agregando riscos ao consumidor e a disponibilidade de tratamento na rede pública, que fatalmente, tornar-se-á insuficiente diante de uma demanda que cresce de forma acelerada. Por outro lado, assiste-se a um esforço do usuário em encontrar soluções para o seu consumo problemático indicando a vontade de cessar o uso.

##### Justificativa

Não há no momento nenhum estudo em profundidade com usuários de crack sobre as possíveis razões e fatores desencadeadores que os levam a recair. A partir do ponto de vista dos próprios usuários esse estudo pretende entender quais são os fatores de risco para recaída.

##### Objetivos:

1. Entender e levantar através do próprio usuário os motivos que o levaram a recaída
2. Identificar quais os fatores predisponentes ao usuário, ao tratamento e à dependência que interferem nas recaídas.
3. Identificar possíveis suportes (terapêuticos, social, mútua-ajuda) que podem ser fundamentais para que esses usuários mantenham-se abstinentes.

##### Método

##### Amostra quantitativa

1. Serão entrevistadas 200 pessoas que procuram os serviços dos CAPS por estarem usando crack. As mesmas serão entrevistadas quando estiverem na fase "final de tratamento".
2. O questionário foi desenvolvido considerando os seguintes protocolos de pesquisa:
  - "... questionário semiestruturado desenvolvido pela OMS, levantamento sobre uso de drogas adaptados e desenvolvidos pelo CEBRID, dentre outros instrumentos desenvolvidos e validados para a realidade Brasileira." Resumo fornecido pelo Autor.

Trata-se de projeto que busca identificar os fatores de recorrência de uso de drogas, especificamente usuários de crack, que tiveram tratamento em três universos distintos: Comunidades Terapêuticas; CAPS-AD; e Clínicas Médicas de Internação. A proposta é elaborar a pesquisa em duas cidades: São Paulo e Recife, totalizando 600 sujeitos, sendo 480 na primeira e 120 na segunda cidade. Desses 480 pacientes, 200 são atendidos pela SMS (número indicado na Folha de rosto). Será aplicado questionário adaptado ao utilizado pela OMS na primeira etapa da pesquisa e, posteriormente, serão sorteados 20 sujeitos de cada grupo para participar de entrevista. O sorteio será aleatório e terá como critério de inclusão a participação na primeira etapa. Na primeira etapa, os





## SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE Comitê de Ética em Pesquisa/SMS

CAAE: 2451.0.000.162-11

dados serão processados através de software estatístico específico e na segunda a entrevista terá seu áudio gravado e os dados trabalhados por programa analítico, preservando-se a identidade dos entrevistados.

### 2 Considerações.

#### 2.1 Apresentação do Protocolo

- o A Folha de Rosto está corretamente preenchida;
- o O currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa;
- o O orçamento detalhado está adequado? Informa a fonte patrocinadora;
- o O cronograma da pesquisa está adequado;
- o Há tratamento adequado dos dados/informações.

#### 2.2 Avaliação dos riscos e benefícios

- o A metodologia é adequada aos objetivos e não impõe alguma condição de risco/desconforto ao sujeito da pesquisa;
- o Os direitos fundamentais do sujeito de pesquisa estão garantidos.

#### 2.3 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

- o É concisa e objetiva
- o Redigido na forma de convite à participação no estudo;
- o Linguagem é adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos de pesquisa. Há descrição suficiente dos procedimentos, inclusive sobre a possibilidade de participar da segunda etapa - entrevista;
- o Há explicitação das garantias referidas no item IV, 1 da Res.CNS 196/96;
- o Permite a saída do sujeito de pesquisa da experimentação, explicita que tal ato não ocasionará prejuízo de seus cuidados;
- o São descritos os procedimentos e responsáveis pela obtenção do TCLE, estando adequados, e cita como entrar em contato com o CEP da SMS.

### 3. Situação do Protocolo - APROVADO


Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE aponto sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Solicitamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX, 2. e).

O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

  
 Amaury Zalorre Amaral  
 Coordenador  
 Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

**ANEXO IV - Questionário quantitativo - Projeto recaídas****Data da entrevista:****Nome do entrevistador:****Horário de início:****Horário de Término:****Local da entrevista:** (1) Caps-AD (2) CT (3) Clínica (4) Outros:**Iniciais do entrevistado:****Código para follow-up:****Dados Sócio-demográficos****1. Sexo:** (a) masculino (b) feminino**2. Idade:** \_\_\_\_\_**3. Tipo de moradia (No caso de CAPS: onde mora hoje/ No caso de CT ou clínica: último tipo de moradia, anterior à internação):**

- a) Cracolândia do centro
- b) Casa/ apartamento próprio
- c) Casa/ apartamento alugado
- d) Casa/ apartamento de alguém
- e) Hotel/Pensão
- f) Abrigo/ albergue
- g) Rua ou locais abandonados
- h) Outros:

**4. Cor:** ( ) branco ( ) negro ( ) mulato ( ) amarelo**5. Possui alguma religião:** ( ) católico ( ) evangélico/protestante ( ) outras  
( ) nenhuma**6. Escala Abep****Escolaridade:**

- a) Nunca estudou
- b) Ensino fundamental I incompleto



- c) Ensino fundamental I completo ou II incompleto
- d) Fundamental II completo ou médio incompleto
- e) Ensino médio completo ou superior incompleto
- f) Ensino técnico completo (equivalente ao ensino médio)
- g) Universitário completo

Bens	Quantidade
	4 ou +
TV	4
Videocassete ou DVD	4
Radio	4
Banheiros	4
Carros	4
Empregados domésticos	4
Geladeira	4
Freezer	4
Máquina de lavar	4

## 7. Relacionamento amoroso:

- a) Solteiro, sem relacionamento fixo
- b) Solteiro, com relacionamento fixo\*
- c) Casado / união estável\*
- d) Separado/ divorciado
- e) Viúvo

**7.1: Você mora com alguém que usa crack:** ( ) Sim ( ) Não

**8. Número de filhos:** \_\_\_\_\_

## 9. Emprego (o que melhor te descreve hoje)?

- a) Desempregado e procurando emprego
- b) Desempregado e não procurando emprego
- c) Trabalho registrado

- d) Trabalho sem registro (sem carteira assinada)
- e) Estudando apenas
- f) Aposentado

**10. Qual é a sua principal fonte de renda?**

- a) Emprego ou bicos
- b) Auxílio do Governo
- c) Atividades ilícitas
- d) Como profissional do sexo
- e) Ajuda de amigos ou familiares
- f) Ajuda de desconhecidos (esmola)
- g) Ajuda de instituições

**História do uso de crack**

**11. Com quantos anos você usou a primeira pedra de crack (incluir mesclado/virado): \_\_\_\_\_**

**12. Com quantos anos você iniciou o uso compulsivo (uso sem controle) de crack: \_\_\_\_\_**

**13. Frequência média de uso de crack quando buscou este tratamento:**

- a) Todos os dias
- b) De 3 a 6 dias/semana
- c) 1 ou 2 dias na semana
- d) 3 ou 4 vezes ao mês
- e) 2 vezes ao mês
- f) 1 vez por mês
- g) Menos de 1 vez por mês

**14. Quantidade média de pedras de crack consumidas por dia de consumo quando buscou este tratamento? \_\_\_\_\_**

15. Quantos reais você costumava gastar com crack por dia de consumo quando buscou este tratamento? \_\_\_\_\_

16. Quantas horas por dia você costumava ficar “chapado” (sem dormir) com o crack quando buscou este tratamento? \_\_\_\_\_

17. Você já praticou “*binge*” de crack, ou seja, ficou “virado”, fumou crack pelo menos 3 vezes em uma hora por pelo menos 10 horas seguidas?  
( ) Sim ( ) Não

18. Quando foi a última vez que você ficou virado (praticou este *binge* de crack)?

- a) Nunca fiquei virado
- b) Nesta semana
- c) Há menos de um mês, mas mais de uma semana
- d) Há mais de um mês, mas menos de um ano
- e) Há mais de um ano

19. DSM V para crack:

20. Desde que você iniciou o consumo de crack, qual foi o maior período de tempo em que você ficou sem usar crack na sua vida?

- a) \_\_\_\_\_ dias ou \_\_\_\_\_ meses ou \_\_\_\_\_ anos
- b) Nenhum período

21. Qual foi a principal razão para você não usar crack neste período?

- a. Nunca fiquei sem usar.
- b. Motivos familiares (pressão da família, perda dos filhos, etc)
- c. Motivos físicos (morte, assassinato dos colegas, problemas orgânicos, psíquicos, internação, etc)
- d. Motivos financeiros
- e. Motivos sociais (prisão, violência, arrumar novo emprego, etc)

- f. Motivos morais (prostituição, roubos, assalto, etc)
- g. Outros: \_\_\_\_\_ Ex: casar, formar nova família, novo amor, etc...

**Tratamento para uso de crack:**

**22. Você já buscou tratamento para o uso de crack antes deste? ( ) Sim ( ) Não**

22.a. Se sim, quantas vezes? \_\_\_\_\_

**23. Em quais locais você buscou tratamentos para dependência de crack na sua vida? (pode dar mais de uma resposta e deve incluir o atua!):**

- a. Internação em órgão público
- b. Internação em Clínica Particular
- c. Internação em Comunidade Terapêutica
- d. Ambulatório particular
- e. CAPS AD (ou outro CAPS)
- f. Ambulatórios públicos não CAPS-AD
- g. Mútua-ajuda (narcóticos anônimos, alcoólicos anônimos, etc)
- h. Outros \_\_\_\_\_

**24. Em que locais você concluiu os tratamentos para dependência de crack (fez o tratamento completo) – anteriores a este (pode dar mais de uma resposta):**

- a) Não terminei tratamento
- b) Internação em órgão público
- c) Internação em Clínica Particular
- d) Internação em Comunidade Terapêutica
- e) Ambulatório particular
- f) CAPS AD (ou outro CAPS)
- g) Ambulatórios públicos não CAPS-AD

h) Mútua-ajuda (narcóticos anônimos, alcoólicos anônimos, etc)

i) Outros \_\_\_\_\_

**25. Após quanto tempo de uso você buscou o primeiro tratamento para o uso de crack?**

\_\_\_\_\_ Anos de uso ou \_\_\_\_\_ Meses de uso

**26. Atualmente você frequenta grupo de mútua-ajuda (AA, NA, amor exigente, outros anônimos)?** ( ) Sim ( ) Não

**27. Como você chegou a este tratamento atual?**

- a) Compulsório (juiz)
- b) Involuntário (família, amigos, namorada(o))
- c) Voluntário (você)

**28. História do uso de drogas:**

	Idade de 1º uso?	Usava quando buscou este tratamento?
<b>Maconha</b>		
<b>Cocaína aspirada</b>		
<b>Cocaína injetada</b>		
<b>Alcool</b>		
<b>Inalantes</b>		
<b>Tabaco</b>		

**29. Você já usou oxi?** ( ) Sim ( ) Não

**30. Conhece alguém que usa oxi?** ( ) Sim ( ) Não

**31. Sabe onde se compra oxi?** ( ) Sim ( ) Não

**32. Você utilizava a maconha com crack (maneira principal)?**

- a) Não utilizava maconha com crack
- b) Crack e maconha simultaneamente na forma de mesclado
- c) Fumava maconha após fumar o crack.
- d) Fumava maconha antes de fumar o crack.
- e) Fumava maconha independente do crack.

**33. A maconha tinha algum papel no seu uso de crack?**

- a) Não utilizava maconha com crack
- b) Para diminuir a fissura e/ou “nóia”
- c) Para aumentar o efeito do crack
- d) Para diminuir a fissura e/ou “nóia” e para aumentar o efeito do crack
- e) O uso de maconha não tinha relação com o de crack

**34. Você utilizava o álcool com crack (maneira principal)?**

- a) Não utilizava álcool com crack
- b) Simultaneamente ao uso do crack
- c) Bebia depois de usar o crack
- d) Bebia antes de usar o crack
- e) Bebia independente da pedra (em momentos diferentes do dia)

**35. O álcool tinha algum papel no seu uso de crack?**

- a) Não utilizava álcool com crack
- b) Para diminuir a fissura e/ou “nóia”
- c) Para aumentar o efeito do crack

- d) Para diminuir a fissura e/ou “nóia” e para aumentar o efeito do crack
- e) O uso de álcool não tinha relação com o de crack

**36. Há quanto tempo você está abstinente de crack**

Anos \_\_\_\_\_ ou meses \_\_\_\_\_ ou dias \_\_\_\_\_  
ou horas \_\_\_\_\_

**37. Você está utilizando algum medicamento psicotrópico prescrito por médico? Se sim, qual? (pode responder mais de um)**

- a) Antidepressivo
- b) Benzodiazepínico
- c) Neuroléptico
- d) Toma medicamento prescrito, mas não sabe o qual é, ou não lembra
- e) Outros:

**38. Qual o principal motivo que te levou a buscar este tratamento atual para o uso de crack?**

- a) Motivos de saúde
- b) Motivos familiares
- c) Motivos sociais (amigos, emprego) / legais (tráfico, polícia)
- d) Outros:

**39. Qual a chance de seu tratamento atual ser bem sucedido?**

( ) Muita chance ( ) Chance razoável ( ) Pouco chance ( ) Nenhuma chance

**40. Pontue sua vontade de deixar de usar crack de 1 a 5, sendo 1 “vontade nenhuma” e 5 “vontade máxima”? \_\_\_\_\_**

**41. Neste momento, você sente que sua fissura por crack está sob controle? (numa escala de 1 a 5, sendo 1 “não está nada sobre controle” e 5 “totalmente sob controle”). \_\_\_\_\_**

**42. O que/ quem te dá mais segurança durante o processo deste tratamento:**

- a) O terapeuta, médico ou equipe técnica de tratamento
- b) Seus familiares
- c) Seus amigos ou namorada (o)
- d) Os medicamentos
- e) Outros:

**Relacionamentos:****43. Contando com você, quem é a pessoa mais importante em sua vida?**

- a) Eu
- b) Mãe
- c) Pai
- d) Parceiro (a) amoroso (a)
- e) Filho (a)
- f) Amigo
- g) Líder religioso (a)
- h) Ninguém
- i) Outro (a):

**44. Esta pessoa teve papel na decisão pela busca de tratamento? ( ) Sim ( ) Não****45. Como é seu relacionamento com as seguintes pessoas:**

	muito ruim	ruim	indiferente	bom	muito bom	não tem contato	Não tem
Mãe							
Pai							
Irmãos							
Esposo(a)/parceiro(a) sexual							
Filhos(as)							
Colegas de trabalho							
Colegas da droga							
Amigos(as)							



**46. Algum destes seus familiares você sabe que consome alguma destas drogas?**

	Crack	Cocaína	Maconha	Álcool*	Tabaco*	Não tem
Mãe						
Pai						
Irmãos						
Esposo(a)/parceiro(a) sexual						
Filhos(as)						
Outros familiares						

\*abuso ou alcoolismo / tabagismo (anotar se na visão dele, esse familiar é dependente?)

**Motivos para a recaída mais recente no uso de crack:**

**47.** Os próximos 16 itens são motivos pelos quais as pessoas voltam a usar crack depois de terem tentado largar o consumo. Por favor, numa escala de zero a dez, sendo zero nada importante e dez muitíssimo importante, defina o nível de importância de cada uma destas razões na sua última recaída (**assinalar apenas um item para cada tópico**).

**48.**

**( ) nunca teve recaída**

**(1)** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Eu me senti bravo ou frustrado comigo mesmo porque as coisas não estavam indo do meu jeito.

**(2)** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Eu me senti entediado.

**(3)** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Eu me senti ansioso ou tenso.

**(4)** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Quando eu vi objetos de uso (ex.: cachimbo) eu tive que usar.

**(5)** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Me senti triste.

**(6)** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Eu me senti doente, com dores pois eu precisava de uma dose.

**(7)** 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Eu estava de bom humor e me deu vontade de ficar chapado.

(8) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Eu quis ver o que aconteceria se eu desse apenas um “pega”.

(9) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Eu senti uma vontade “do nada” e fui atrás de uma dose.

(10) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Alguém me ofereceu “um pega”.

(11) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Eu fiquei bravo ou frustrado por causa de minha relação com  
Alguém.

(12) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Eu estava me divertindo com algumas pessoas e resolvemos ficar  
Chapados juntos.

(13) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Eu me senti preocupado ou tenso com minha relação com alguém.

(14) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Eu me senti doente/com dor mas não por conta da abstinência de crack.

(15) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Eu senti que outros estavam me criticando.

(16) 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Eu vi outras pessoas usando.

Outras razões? \_\_\_\_\_

**49. Diga quanto está de acordo com as seguintes afirmações considerando uma escala de 1 a 5, sendo 1 “não está nada de acordo” e 5 “totalmente de acordo”).**

- a) Entendo a recaída como parte do tratamento ou do processo de recuperação. \_\_\_\_\_
- b) A recaída foi importante para ter mais consciência dos meus problemas afetivos, da dificuldade em suportar angústia, frustração. \_\_\_\_\_ ou ( ) não teve recaída

**50. Quais dos motivos a seguir já te levaram à recaída (perguntar todos os itens):**

- a) Brigas em casa ou no trabalho ( ) Sim ( ) Não
- b) Síndrome de abstinência ( ) Sim ( ) Não
- c) Fissura incontrolável e sem motivo aparente ( ) Sim ( ) Não
- d) Falta do que fazer ( ) Sim ( ) Não
- e) Decepção amorosa ( ) Sim ( ) Não
- f) Querer ficar acordado ( ) Sim ( ) Não
- g) Oferta de amigos ( ) Sim ( ) Não
- h) Críticas recebidas ( ) Sim ( ) Não
- i) Trabalho muito exigente ( ) Sim ( ) Não
- j) Canseira física ou mental ( ) Sim ( ) Não
- k) Tive uma notícia ótima e então usei (talvez por não suportar tanta emoção) ( ) Sim ( ) Não
- l) Busca de prazer ( ) Sim ( ) Não

**51. Qual dos motivos citados anteriormente costuma ser sua principal causa de recaída (apenas um):**

- a) Brigas em casa ou no trabalho
- b) Síndrome de abstinência
- c) Fissura incontrolável e sem motivo aparente
- d) Falta do que fazer
- e) Decepção amorosa
- f) Querer ficar acordado
- g) Oferta de amigos
- h) Críticas recebidas
- i) Trabalho muito exigente
- j) Canseira física ou mental
- k) Tive uma notícia ótima e então usei (talvez por não suportar tanta emoção)

- l) Busca de prazer

**Antes da recaída**

**O que ocorre com você antes da recaída?**

- a) Nunca tive recaída
- b) Volto a usar o crack no impulso (não penso em nada e volto a usar)
- c) Penso antes de voltar a usar nos prós e contras, concluo que tem mais prós e uso
- d) Penso antes de voltar a usar nos prós e contras, concluo que tem mais contras, mas mesmo assim eu uso
- e) Outros: (especificar)

**A recaída mais recente:**

**52. Pense em sua recaída mais recente. Onde ela ocorreu?**

- a) Nunca tive recaída
- b) No local de moradia
- c) Na bocada
- d) Na casa de amigo
- e) Em hotel
- f) No trabalho
- g) Em uma festa/ show/ balada/ bar
- h) Outros:

**53. Com quem você estava?**

- a) Nunca tive recaída
- b) Sozinho
- c) Com colegas de droga
- d) Com a família
- e) Com parceiro amoroso
- f) Outros:

**54. Qual foi seu principal sentimento posterior a esta recaída?**

- a) Nunca tive recaída

- b) Decepção
- c) Aceitação
- d) Raiva
- e) Alívio
- f) Outro

**55. Qual foi sua atitude posterior?**

- a) Nunca tive recaída
- b) Continuei usando por dias seguidos
- c) Deixei de usar naquele mesmo dia, por conta própria
- d) Procurei ajuda especializada para deixar de usar
- e) Outros:

**Psiquiátrico:**

**56. Na sua vida, quantas vezes você foi internado por problemas psicológicos / psiquiátricos? (ex. em hospital ou clínica - exclua internação por álcool/drogas) \_\_\_\_\_**

**57. Na sua vida, você já recebeu prescrição de medicamentos para tratar problemas psicológicos / psiquiátricos? (ex. em hospital ou clínica) (exclua medicação para tratar álcool/drogas)**

( ) Sim ( ) Não

**58. ASI PQ (pode incluir sintomas do uso de drogas)**

	Na vida (Sim = 1; Não = 0)	Nos últimos 30 dias (Sim = 1; Não = 0)
Teve dificuldades para dormir, manter o sono (dormir por toda a noite), ou acordar muito cedo?		

Sentiu-se deprimido ou para baixo a maior parte do dia (quase todos os dias por pelo menos 2 semanas seguidas)?		
Sentiu-se ansioso, nervoso ou preocupado a maior parte do dia (quase todos os dias por pelo menos 2 semanas seguidas)?		
Teve alucinações (viu ou ouviu coisas que outras pessoas não viram ou ouviram)?		
Teve dificuldade para controlar seu temperamento, ou seus impulsos de bater ou ferir alguém?		
Empurrou, bateu, atirou coisas ou usou armas contra alguém?		
Teve pensamentos sérios sobre suicídio (ou sobre se matar)?		
Tentou o suicídio (se matar)?		
Passou por outro problema psicológico ou psiquiátrico não mencionado ainda? ex. transtorno alimentar, mania, etc.		

**59. Você sabe se é portador de HIV ou AIDS?**

- a) Não sei (nunca fez o teste ou não fez o teste recentemente)
- b) Não sou
- c) Sou
- d) Recusou a responder

**60. Se você é HIV positivo ou tem AIDS, tem ideia de como contraiu?**

- a) Não sou HIV positivo e/ou não tenho AIDS

- b) Sexo desprotegido por conta do crack
- c) Sexo desprotegido sem relação com o crack
- d) Troca de cachimbos ou aparatos de droga
- e) Outros \_\_\_\_\_

**61. Você já fez o exame para saber se teve ou tem hepatite? (Se a resposta for positiva, perguntar se tem e se ele(a) sabe o tipo)**

- a) Nunca fiz
- b) Fiz e não tenho
- c) Fiz e tenho (Hepatite do tipo \_\_\_\_\_)
- d) Já tive, mas não sei, não lembro o tipo.
- e) Recusou a responder

**62. Você já fez o exame para saber se teve ou tem tuberculose?**

- a) Nunca fiz
- b) Fiz e nunca tive
- c) Fiz e tenho
- d) Já tive
- e) Recusou a responder

## ANEXO V Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Este termo de consentimento livre e esclarecido refere-se à sua participação (em caso de aceite) no estudo denominado: Motivos apontados por usuários de crack como desencadeadores de recaída e avaliação de fatores predisponentes que levam a esse quadro. Essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa conhecer os fatores associados à recaída no consumo de crack entre dependentes em tratamento. Procedimentos

Estou ciente que serei submetido a entrevista onde serei questionado sobre o meu uso de crack e sobre fatores que podem desencadear uma recaída no consumo. Fui informado que estas informações farão parte de uma pesquisa que tem como objetivo identificar em profundidade, junto aos usuários de crack, as razões pelas quais eles recaem no consumo, mesmo após tratamento. Essas informações vão contribuir para uma melhor compreensão do fenômeno do consumo de crack auxiliarão no delineamento de tratamentos que visem dar condições de os usuários lidarem com as possíveis recaídas, por prever sua ocorrência. Estou informado de que serei ressarcido de eventuais despesas decorrentes da participação na pesquisa como: tempo dedicado ao estudo, transporte e alimentação. Este ressarcimento será efetuado ao final da entrevista. Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas.

O principal investigador é o **Dra. Solange Aparecida Nappo**, a qual poderá ser encontrada no telefone 8122-7193 ou no endereço: Rua Borges Lagoa, 1341 – 1º andar – São Paulo – SP, Telefone(s) 5576-4997. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br.

Todas as informações obtidas relativas à minha participação neste estudo serão analisadas em conjunto com aquelas obtidas com outros pacientes, resguardando, desta forma, a confidencialidade da minha participação. É compromisso do pesquisador de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. Fica assegurada a minha desistência de continuar participando



do estudo em qualquer etapa do projeto, e caberá também ao pesquisador responsável, a qualquer momento, proceder a minha exclusão se for para o meu bem-estar. Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: ***Motivos apontados por usuários de crack como desencadeadores de recaída e avaliação de fatores predisponentes que levam a esse quadro.*** Eu discuti com a Dra. Solange Aparecida Nappo ou uma das pesquisadoras associadas, sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

\_\_\_\_\_ Data / /

Assinatura do paciente/representante legal \_\_\_\_\_ Data / /

Assinatura da testemunha, para casos de pacientes analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

----- Data / /

Assinatura do responsável pelo estudo

## ANEXO VI: Artigo - Fatores que protegem o usuário de crack de recaídas.

### FATORES QUE PROTEGEM O USUÁRIO DE CRACK DE RECAÍDAS.

Joselaine Ida Cruz<sup>1</sup> e Solange Aparecida Nappo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo.

<sup>2</sup> Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), Departamento de Medicina Preventiva, Departamento de Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal de São Paulo.

**Revista: Plos one**

### RESUMO

**Introdução:** A recaída ao uso de droga constitui-se no maior obstáculo para sucesso de um tratamento. Alguns estudos demonstram que a trajetória do usuário de crack é marcada por alternância entre abstinência e recaída ao padrão disfuncional inicial. A taxa de recaída, nos seis primeiros meses após um tratamento, pode chegar a 80% ou mesmo a 90%. **Objetivo:** Identificar os fatores que protegem o usuário de crack da recaída nos três primeiros meses após o tratamento. **Método:** Estudo realizado em São Paulo e em Recife com 700 usuários de crack que foram entrevistados a respeito da sua história de consumo, tratamento, relações intrapessoais, dependência e recaídas anteriores. Através de um modelo de regressão logística foram identificados os fatores, significativos estatisticamente, na proteção ao usuário à recaída. **Resultados:** Mostraram-se protetores os seguintes fatores: religião católica, morar em casa/apartamento e não nas ruas ou Cracolândia, ser solteiro com relacionamento fixo ou separado/divorciado, não ter praticado *binge*, não ter entrado em abstinência e/ou dependência. **Conclusão:** Apenas 7,1% dos entrevistados não recaíram, demonstrando a propensão do usuário de crack à recaídas. O apoio de alguém próximo constitui-se num fator importante de proteção à recaída, assim como morar em local que protege da violência e da exposição ao consumo de crack também são fatores protetores. Abstinência, condição muitas vezes exigida em tratamentos a usuário de crack,

mostrou-se um fator desencadeante de recaída, assim como dependência e *binge* já que todas essas condições geram fissura.

## INTRODUÇÃO

Crack foi introduzido no Brasil no início dos anos 90 (DUNN et al, 1996) quando a primeira apreensão da droga foi feita pela polícia na cidade de São Paulo (INCIARDI, 1993). Desde então, seu consumo vem aumentando, com uma prevalência de 0,4% em 2001 (CARLINI et al, 2001) e quase o dobro em 2005, 0,7% (CARLINI et al, 2007), paralelamente, o Brasil é apontado como um dos maiores mercados de crack no mundo (LARANJEIRA et al, 2012). Agrava esse quadro, as altas taxas de morbidade e mortalidade associadas ao consumo de crack, devido a problemas como violência, dependência, doenças infecciosas e especialmente doenças sexualmente transmissíveis (RIBEIRO et al, 2010; NAPPO et al, 2010; HAYDEN et al, 2014, PALAMAR et al, 2015).

Tratamentos têm sido oferecidos pela rede pública e/ou privada de atenção a usuários de drogas, na tentativa de diminuir ou eliminar o consumo de crack, porém, a sua eficácia tem sido contestada (FISHER et al, 2015). Contudo, as consequências negativas que o crack provoca em curto espaço de tempo tem-se tornado foco de grande preocupação para a sociedade e de grande desafio para o Governo brasileiro (NAPPO et al, 2012; FISCHER et al, 2015).

Embora os tratamentos disponíveis possam produzir uma diminuição da gravidade dos problemas ligados ao consumo de crack, uma porcentagem significativa de usuários reinicia o abuso da droga num prazo relativamente curto após o tratamento (YANG et al, 2015). Esse processo de recaída, como definido por MARLLAT & GORDON (1993), é o retorno à condição de consumo da droga àquele presente antes do tratamento. Consumidores de crack parecem ser particularmente propensos a essa dinâmica (MCKAY et al, 1995, LOPES-ROSA et al., 2017), fazendo da recaída um dos maiores desafios para o tratamento de dependentes de crack (WITKIEWITZ & MARLATT, 2004).

Alguns estudos demonstram que a trajetória do usuário de crack é marcada por alternância entre abstinência e recaída ao padrão disfuncional inicial (SIEGAL & RAPP, 2002; PEDROSO et al, 2013). A taxa de recaída, nos seis primeiros meses após um tratamento, pode chegar a 80% (SADEGIYE et al, 2004)

ou mesmo a 90% (YANG et al, 2015). Em estudo com adolescentes abstinentes de crack após tratamento, na cidade brasileira de Porto Alegre, os autores confirmaram essas altas taxas de recaída nessa população: 69,9% no primeiro mês e 86,4% no terceiro mês (LOPES-ROSA et al, 2017).

Há várias razões atribuídas ao aparecimento de recaída: sentimentos negativos, fissura, problemas com relacionamentos amorosos ou familiares e outros (ANGLIN et al, 1997; GRELLA et al, 2008; RIBEIRO et al, 2010; CHAVES et al, 2011). Entretanto, em meio a esse quadro desanimador em relação ao alto potencial de recaída, encontra-se uma parcela pequena da população de usuários que se mantém abstinente, não acompanhando esse padrão de recaída, embora pertençam a contextos semelhantes àqueles usuários que recaem.

O objetivo deste trabalho foi identificar os fatores que protegem o usuário de crack da recaída nos três primeiros meses após o tratamento.

## **MÉTODO**

Trata-se de um estudo realizado nas cidades de São Paulo e Recife, com 700 usuários de crack que fizeram tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), em Comunidades Terapêuticas e em clínicas médicas.

### **Critérios de inclusão na amostra**

Sujeitos maiores de 18 anos de idade, de ambos os sexos, que tinham procurado o serviço para tratamento prioritariamente devido ao uso do crack, que já tivessem sofrido pelo menos uma “recaída” na vida durante o consumo de crack e estivessem no início da fase de alta após o tratamento (nos três primeiros meses). O critério de pelo menos uma recaída durante o consumo de crack na vida foi necessário para que os pesquisadores tivessem certeza que o participante pudesse identificar esse evento, caso o mesmo se repetisse. Foram recrutados sujeitos que haviam recebido alta há pelo menos três meses e para essa decisão foram levados em conta os dados de literatura que demonstram que a maior porcentagem de recaída se dá nos três primeiros meses após o tratamento.

### Recrutamento de participantes

Com a ajuda dos profissionais dos locais de tratamento foram identificados os potenciais participantes. De forma aleatória, esses sujeitos foram escolhidos pelos pesquisadores e convidados a participar da pesquisa. As perdas (sujeito não encontrado) e recusa à participação corresponderam a 6% do total de indivíduos contatados. A amostra foi constituída de um N de 700 participantes, número estimado que garantisse alta chance de encontrar participantes que não haviam recaído nesse período de tempo.

### Instrumento utilizado

Questionário com questões de múltipla escolha, composto de 62 questões (dados sócio demográficos, histórico de uso de drogas, motivos de recaída, tratamentos, dependência). A entrevista, realizada com a ajuda do pesquisador, ocorreu em local indicado pelo participante com duração de cerca de uma hora, com uma distribuição por serviços de tratamento, de acordo com o apresentado na **Tabela 1**. A coleta de dados levou aproximadamente um ano para ser concluída. A dependência foi determinada utilizando-se o DSM V.

**Tabela 1:** Distribuição das entrevistas por serviços (São Paulo e Recife).

Serviços	Número de Locais	Número de Entrevistas
Clínicas	19	138
CAPS AD	35	290
Comunidade Terapêutica	31	272
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>700</b>

### Análise dos dados

Inicialmente os dados foram analisados descritivamente. Para as variáveis categóricas foram apresentadas frequências absolutas e relativas e para as variáveis numéricas, medidas-resumo (média, quartis, mínimo máximo e desvio padrão).

A existência de associações entre duas variáveis categóricas foi verificada utilizando-se o teste de Qui-Quadrado, ou alternativamente em casos de amostras pequenas, o teste exato de Fisher. Em se verificando diferenças nas distribuições, foi utilizado o resíduo ajustado padronizado para identificar as diferenças locais – caselas com valores absolutos acima de 1,96 indicam evidências de associações (locais) entre as categorias relativas a essas caselas.

A comparação de médias entre dois grupos foi realizada utilizando-se o teste t de Student para amostras independentes. O teste t de Student apresenta como um dos pressupostos a normalidade nos dados a qual foi verificada empregando-se o teste de Kolmogorov-Smirnov. Em caso de violação desta suposição, utilizou-se alternativamente o teste não-paramétrico de Mann-Whitney.

Para se avaliar simultaneamente os efeitos das características demográficas, de história de uso do crack e tratamento sobre a ocorrência de não recaída foram utilizadas regressões logísticas. Neste estudo, adotou-se a modelagem hierarquizada que permitiu estruturar a investigação de fatores de risco (de natureza demográfica, de história de uso do crack e tratamento) e facilitar a interpretação. Foram selecionadas como variáveis preditoras aquelas que se mostraram associadas com a recaída na análise descritiva a 10% devido ao grande número de variáveis frente ao tamanho da amostra. Foram consideradas como variáveis preditoras de nível 1 do modelo hierarquizado, as características demográficas. Em seguida, como sendo de nível 2 e 3 respectivamente, as características de história de uso do crack e de tratamento. Após a inclusão de cada conjunto de variáveis preditoras de um determinado nível, a seleção dessas variáveis para o modelo seguinte foi realizada excluindo-se aquelas não significantes uma por vez (como seleção backwards). Além disso, a adequacidade de ajuste do modelo final foi avaliada via teste de Hosmer e Lemeshow.

A sensibilidade e especificidade foram calculadas a partir da curva ROC que permitiu a definição de um ponto de corte nas probabilidades de não recaída estimadas a partir do modelo de regressão ajustado. Para todos os testes estatísticos foi utilizado um nível de significância de 5%. O software estatístico utilizado para a análise foi o SPSS 20.0.

## RESULTADOS

### Características da Amostra

Constituída por uma porcentagem maior de homens (87,4%) (**Tabela 2**), com idade média de 34 anos (**Tabela 3**), com ensino fundamental completo ou incompleto (57,4%), evangélicos / protestantes (41,4%), distribuídos predominantemente pelas classes D e E (38,8%), desempregados (35,8%), tendo como fonte de sustento bicos ou ajuda de familiares (72,2%), morando em casa/apartamento (65,2%), solteiro e sem relacionamento fixo (46,2%), não morando com usuários de crack (79,4%), com uma média de 1,6 filhos (DP=1,5 filhos) (**Tabela 3**) e apenas 7,1% da amostra não recaiu após o último tratamento.

**Tabela 2**–Distribuição dos usuários segundo características sociodemográficas por status (recaída, sem recaída).

		STATUS						p
		Sem recaída				Total		
		Recaída						
	N	%	N	%	N	%		
<b>Sexo</b>	<b>650</b>	<b>92,9%</b>	<b>50</b>	<b>7,1%</b>	<b>700</b>	<b>100,0%</b>	0,448	
Masculino	570	93,1%	42	6,9%	612	100,0%		
Feminino	80	90,9%	8	9,1%	88	100,0%		
<b>Escolaridade</b>	<b>650</b>	<b>92,9%</b>	<b>50</b>	<b>7,1%</b>	<b>700</b>	<b>100,0%</b>	0,166 <sup>a</sup>	
Nunca estudou	9	100,0%	0	0,0%	9	100,0%		
Ensino fundamental I incompleto	85	91,4%	8	8,6%	93	100,0%		
Ensino fundamental I completo ou II incompleto	165	96,5%	6	3,5%	171	100,0%		
Fundamental II completo ou médio incompleto	126	91,3%	12	8,7%	138	100,0%		
Ensino médio completo ou superior incompleto	211	93,0%	16	7,0%	227	100,0%		
Ensino técnico completo	16	88,9%	2	11,1%	18	100,0%		
Universitário completo	38	86,4%	6	13,6%	44	100,0%		
<b>Religião</b>	<b>646</b>	<b>92,8%</b>	<b>50</b>	<b>7,2%</b>	<b>696</b>	<b>100,0%</b>	0,009	
Católico	152	88,4%	20	11,6%	172	100,0%		
Evangélico/protestante	278	95,9%	12	4,1%	290	100,0%		
Outras	92	89,3%	11	10,7%	103	100,0%		
Nenhuma	124	94,7%	7	5,3%	131	100,0%		
<b>Classificação socioeconômica</b>	<b>650</b>	<b>92,9%</b>	<b>50</b>	<b>7,1%</b>	<b>700</b>	<b>100,0%</b>	0,005 <sup>a</sup>	
A1	3	100,0%	0	0,0%	3	100,0%		
A2	22	84,6%	4	15,4%	26	100,0%		
B1	53	96,4%	2	3,6%	55	100,0%		
B2	91	91,9%	8	8,1%	99	100,0%		
C1	122	91,0%	12	9,0%	134	100,0%		
C2	98	88,3%	13	11,7%	111	100,0%		
D	80	90,9%	8	9,1%	88	100,0%		
E	181	98,4%	3	1,6%	184	100,0%		
<b>Ocupação</b>	<b>648</b>	<b>92,8%</b>	<b>50</b>	<b>7,2%</b>	<b>698</b>	<b>100,0%</b>	0,477	
Desempregado e procurando emprego	128	92,1%	11	7,9%	139	100,0%		
Desempregado e não procurando emprego	238	94,8%	13	5,2%	251	100,0%		
Trabalho registrado	116	89,9%	13	10,1%	129	100,0%		
Trabalho sem registro	135	93,8%	9	6,3%	144	100,0%		
Estudando apenas	10	90,9%	1	9,1%	11	100,0%		
Aposentado	21	87,5%	3	12,5%	24	100,0%		
<b>Tipo de moradia</b>	<b>648</b>	<b>92,8%</b>	<b>50</b>	<b>7,2%</b>	<b>698</b>	<b>100,0%</b>	0,040 <sup>a</sup>	
Cracolândia do centro	7	100,0%	0	0,0%	7	100,0%		
Casa/ apartamento próprio	300	92,9%	23	7,1%	323	100,0%		
Casa/ apartamento alugado	117	87,3%	17	12,7%	134	100,0%		
Casa/ apartamento de alguém	38	88,4%	5	11,6%	43	100,0%		
Hotel/Pensão	10	90,9%	1	9,1%	11	100,0%		
Abrigo/ albergue	76	97,4%	2	2,6%	78	100,0%		
Rua ou locais abandonados	54	98,2%	1	1,8%	55	100,0%		
Outros	46	97,9%	1	2,1%	47	100,0%		
<b>Relacionamento Amoroso</b>	<b>648</b>	<b>92,8%</b>	<b>50</b>	<b>7,2%</b>	<b>698</b>	<b>100,0%</b>	0,036	
Solteiro, sem relacionamento fixo	309	95,4%	15	4,6%	324	100,0%		
Solteiro, com relacionamento fixo	96	89,7%	11	10,3%	107	100,0%		
Casado / união estável	143	92,3%	12	7,7%	155	100,0%		
Separado/ divorciado	90	90,9%	9	9,1%	99	100,0%		
Viúvo	10	76,9%	3	23,1%	13	100,0%		

p - nível descritivo do teste de Qui-Quadrado ou exato de Fisher(a).



De acordo com a **Tabela 2**, verificou-se associação entre recaída apenas com religião ( $p=0,009$ ), classificação econômica ( $p=0,005$ ), tipo de moradia ( $p=0,040$ ) e relacionamento amoroso ( $p=0,036$ ). Nota-se uma porcentagem maior de ausência de recaída em católicos, indivíduos de classe econômica C2, de indivíduos que residem em casa/apartamento e em viúvos comparativamente aos sujeitos sem essas condições.

**Tabela 3** – Medidas-resumo da idade e número de filhos por status.

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo	1o. Quartil	Mediana	3o. Quartil	N	p
<b>Idade (anos)</b>	<b>34,0</b>	<b>9,1</b>	<b>16,0</b>	<b>62,0</b>	<b>28,0</b>	<b>32,0</b>	<b>40,0</b>	<b>700</b>	<b>0,708</b>
Recaída	33,9	9,2	16,0	62,0	28,0	32,0	40,0	650	
Sem recaída	34,4	7,8	18,0	56,0	29,0	33,5	39,0	50	
<b>Número de filhos</b>	<b>1,6</b>	<b>1,5</b>	<b>0,0</b>	<b>8,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>2,0</b>	<b>542</b>	<b>0,564</b>
Recaída	1,6	1,5	0,0	8,0	1,0	1,0	2,0	504	
Sem recaída	1,5	1,8	0,0	7,0	0,0	1,0	3,0	38	

**p - nível descritivo do teste t de Student.**

Conforme **Tabela 3**, não se verificaram diferenças de médias de idade e número de filhos por status.

**Tabela 4–** Distribuição dos usuários por recaída, segundo história de uso do crack.

	Status						p
	Recaída		Sem recaída		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Frequência média de uso de crack quando buscou o tratamento							
	644	92,9%	49	7,1%	693	100,0%	0,067 <sup>a</sup>
Todos os dias	472	94,6%	27	5,4%	499	100,0%	
De 3 a 6 dias/semana	90	88,2%	12	11,8%	102	100,0%	
1 ou 2 dias na semana	51	87,9%	7	12,1%	58	100,0%	
3 ou 4 vezes ao mês	12	92,3%	1	7,7%	13	100,0%	
2 vezes ao mês	4	80,0%	1	20,0%	5	100,0%	
1 vez por mês	6	100,0%	0	0,0%	6	100,0%	
Menos de 1 vez por mês	9	90,0%	1	10,0%	10	100,0%	
Praticou binge de crack							
	647	92,8%	50	7,2%	697	100,0%	<0,001
Não	117	83,0%	24	17,0%	141	100,0%	
Sim	530	95,3%	26	4,7%	556	100,0%	
Última vez que você ficou virado							
	645	92,8%	50	7,2%	695	100,0%	<0,001
Nunca fiquei virado	92	81,4%	21	18,6%	113	100,0%	
Nesta semana	27	96,4%	1	3,6%	28	100,0%	
Há menos de um mês, mas mais de uma semana	61	96,8%	2	3,2%	63	100,0%	
Há mais de um mês, mas menos de um ano	358	94,7%	20	5,3%	378	100,0%	
Há mais de um ano	107	94,7%	6	5,3%	113	100,0%	
Classificação de dependência							
	650	92,9%	50	7,1%	700	100,0%	0,010 <sup>a</sup>
Não	9	69,2%	4	30,8%	13	100,0%	
Sim	641	93,3%	46	6,7%	687	100,0%	
Desde que iniciou o consumo de crack, ficou sem usar crack na vida							
	650	100,0%	50	100,0%	700	100,0%	<0,001
Nunca deixou de usar	7	1,1%	11	22,0%	18	2,6%	
Já ficou sem usar crack	643	98,9%	39	78,0%	682	97,4%	
Principal razão para não uso de crack neste período							
	642	92,8%	50	7,2%	692	100,0%	<0,001 <sup>a</sup>
Nunca fiquei sem usar	7	38,9%	11	61,1%	18	100,0%	
Motivos familiares	171	90,5%	18	9,5%	189	100,0%	
Motivos físicos	164	97,0%	5	3,0%	169	100,0%	
Motivos financeiros	16	72,7%	6	27,3%	22	100,0%	
Motivos sociais	61	93,8%	4	6,2%	65	100,0%	
Motivos morais	34	97,1%	1	2,9%	35	100,0%	
Outros	189	97,4%	5	2,6%	194	100,0%	

p - nível descritivo do teste de Qui-Quadrado ou exato de Fisher(a).

Conforme **Tabela 4**, verificou-se associação entre recaída e *binge* ( $p<0,001$ ), última vez que ficou virado ( $p<0,001$ ), dependência ( $p=0,010$ ), abstinência alguma vez na vida ( $p<0,001$ ) e motivo para não uso em algum momento na vida ( $p<0,001$ ). Dessa forma, observaram-se porcentagens maiores de ausência de recaída em pacientes que nunca praticaram *binge* com crack, que nunca ficaram virado sem dependência, entre aqueles que nunca ficaram sem usar crack e se deixaram de usar crack, foi por motivos financeiros.

**Tabela 5** – Medidas-resumo da idade de uso da primeira pedra de crack (anos), idade de início de uso compulsivo de crack (anos), quantidade média de pedras de crack consumidas por dia, gasto com crack por dia, tempo (horas) por dia que costumava ficar chapado e tempo de abstinência de crack (dias) por status.

	Desvio				1o.		3o.		
	Média	Padrão	Mínimo	Máximo	Quartil	Mediana	Quartil	N	p
<b>Idade de uso da primeira</b>									
<b>pedra de crack (anos)</b>	<b>23,5</b>	<b>8,7</b>	<b>9,0</b>	<b>55,0</b>	<b>17,0</b>	<b>21,0</b>	<b>29,0</b>	<b>693</b>	<b>&lt;0,001</b>
Recaída	23,2	8,6	9,0	55,0	16,0	21,0	28,0	643	
Sem recaída	28,3	8,0	14,0	46,0	22,8	27,5	35,3	50	
<b>Idade de início de uso</b>									
<b>compulsivo de crack (anos)</b>	<b>26,6</b>	<b>9,1</b>	<b>2,0</b>	<b>56,0</b>	<b>19,0</b>	<b>25,0</b>	<b>32,0</b>	<b>676</b>	<b>0,002</b>
Recaída	26,3	9,1	2,0	56,0	19,0	25,0	32,0	629	
Sem recaída	30,6	8,8	15,0	50,0	23,0	30,0	38,0	47	
<b>Quantidade média de pedras</b>									
<b>de crack consumidas por dia</b>	<b>16,0</b>	<b>17,3</b>	<b>0,0</b>	<b>200,0</b>	<b>5,0</b>	<b>10,0</b>	<b>20,0</b>	<b>682</b>	<b>&lt;0,001</b>
Recaída	16,5	17,7	0,0	200,0	6,0	10,0	20,0	633	
Sem recaída	10,2	9,3	1,0	50,0	4,0	7,0	15,0	49	
<b>Gasto com crack por dia</b>									
<b></b>	<b>169,8</b>	<b>251,2</b>	<b>0,0</b>	<b>3.000,0</b>	<b>50,0</b>	<b>100,0</b>	<b>200,0</b>	<b>687</b>	<b>0,081</b>
Recaída	174,5	258,9	0,0	3000,0	50,0	100,0	200,0	637	
Sem recaída	110,2	97,6	0,0	500,0	40,0	80,0	150,0	50	
<b>Tempo (horas) por dia que</b>									
<b>costumava ficar chapado</b>	<b>15,1</b>	<b>7,9</b>	<b>0,0</b>	<b>24,0</b>	<b>8,0</b>	<b>14,0</b>	<b>24,0</b>	<b>661</b>	<b>0,006</b>
Recaída	15,3	7,8	0,0	24,0	8,0	15,0	24,0	613	
Sem recaída	12,1	8,3	0,0	24,0	5,0	10,0	24,0	48	
<b>Tempo de abstinência de</b>									
<b>crack (dias)</b>	<b>564,6</b>	<b>955,9</b>	<b>1,0</b>	<b>8.030,0</b>	<b>90,0</b>	<b>240,0</b>	<b>545,0</b>	<b>679</b>	<b>0,357</b>
Recaída	572,9	950,9	1,0	8.030,0	90,0	240,0	545,0	640	
Sem recaída	427,6	1.036,6	1,0	6.205,0	13,0	120,0	365,0	39	

**p - nível descritivo do teste t de Student**

<sup>1</sup> Somente para aqueles com abstinência

Conforme **Tabela 5**, verificou-se que o grupo de participantes sem recaída apresentou maior média de idade de uso da primeira pedra de crack

( $p < 0,001$ ) e de idade de início de uso compulsivo de crack ( $p = 0,002$ ). Por outro lado, observou-se nesse grupo médias menores que a quantidade média de pedras de crack consumidas por dia ( $p < 0,001$ ) e tempo (horas) por dia que costumava ficar chapado ( $p = 0,006$ ).

**Tabela 6** – Resultados da regressão logística para não recaída

	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	RC (IC95%)	p	RC (IC95%)	p	RC (IC95%)	p
Religião (ref.= evangélico)						
Católico	3,67 (1,71 - 7,86)	0,001	2,30 (0,99 - 5,37)	0,053	2,79 (1,11 - 7,02)	0,029
Outras	3,41 (1,42 - 8,21)	0,006	2,66 (1,03 - 6,84)	0,043	3,77 (1,3 - 10,92)	0,015
Nenhuma	1,55 (0,58 - 4,10)	0,379	1,42 (0,50 - 4,00)	0,508	1,15 (0,36 - 3,62)	0,814
Tipo de moradia (ref.=Casa/apartamento próprio)						
Casa/ apartamento alugado ou de alguém/Hotel/Pensão	1,78 (0,95 - 3,33)	0,071	1,86 (0,93 - 3,72)	0,081	3,13 (1,43 - 6,88)	0,004
Demais <sup>1</sup>	0,26 (0,09 - 0,79)	0,017	0,30 (0,09 - 0,94)	0,039	0,41 (0,12 - 1,40)	0,157
Relacionamento Amoroso (ref.=Solteiro, sem relacionamento fixo)						
Solteiro, com relacionamento fixo	2,29 (1,00 - 5,28)	0,051	2,54 (1,00 - 6,44)	0,050	3,01 (1,08 - 8,35)	0,034
Casado / união estável	1,46 (0,65 - 3,28)	0,356	1,51 (0,61 - 3,74)	0,376	1,92 (0,71 - 5,16)	0,196
Separado/ divorciado	2,85 (1,25 - 6,48)	0,013	2,67 (1,07 - 6,69)	0,036	2,79 (1,03 - 7,52)	0,043
Não praticou binge de crack			2,26 (1,09 - 4,69)	0,028	-	-
Não dependência			5,11 (1,24 - 20,98)	0,024	6,05 (1,28 - 28,62)	0,023
Desde que iniciou o consumo de crack, nunca deixou de usar			16,03 (4,82 - 53,35)	<0,001	5,11 (1,52 - 17,20)	0,008
N	692		684		684	
Teste de Adequacidade de Hosmer e Lemeshow						
	0,412		0,496		0,471	

<sup>1</sup> Cracolândia do centro , abrigo/albergue, rua ou locais abandonados e outros.

RC – Razão de Chances.

Na **Tabela 6**, foram ajustados os modelos de regressão logística para não recaída. Os coeficientes exponenciados são interpretados na forma de razão de chances (RC). Neste estudo, a chance consistiu no quociente entre a probabilidade de um paciente não apresentar recaída e a probabilidade de recair. Inicialmente

foram consideradas como variáveis preditoras do modelo nível 1: variáveis sócio demográficas; nível 2: variáveis relacionadas com historio de uso; nível 3: variáveis relacionadas com tratamento e associação com outras drogas. Algumas das variáveis tiveram seus níveis agregados devido ao pequeno número de casos e para facilitar a interpretação dos resultados. Todas essas variáveis preditoras mostraram-se associadas à condição do participante (recaída) a 10% na análise descritiva.

Após a inclusão de cada conjunto de variáveis preditoras de um determinado nível, a seleção das variáveis preditoras para o modelo seguinte foi realizada excluindo-se aquelas não significantes uma por vez.

Permaneceram no modelo final (modelo 3) a religião – católica ( $p=0,029$ ) e outros ( $p=0,015$ ), tipo de moradia - casa/apartamento ( $p=0,004$ ), relação amoroso - solteiro, com relacionamento fixo ( $p=0,034$ ) e separado/divorciado/viúvo ( $p=0,043$ ), dependência ( $p=0,023$ ), abstinência ( $p=0,008$ ).

Em relação à religião os participantes católicos apresentaram chance de não recaída 2,8 vezes maior do que os evangélicos. Esta chance foi de 3,8 vezes para aqueles com outras religiões, não sendo verificada diferença de chances entre aqueles sem nenhuma religião e os evangélicos (categoria de referência). No tipo de moradia, os pacientes residentes em casa/apartamento têm chance de não recaída 3,1 vezes maior do que aqueles que residem Cracolândia do centro, abrigo/albergue, rua ou locais abandonados e outros;

No relacionamento amoroso, os pacientes solteiros com relacionamento fixo ou separado/divorciado apresentaram chance de não recaída superiores ao daqueles solteiros sem relacionamento fixo (3,0 vezes e 2,8 vezes, respectivamente). Não se verificou diferenças de chances entre os casados/união estável e os solteiros sem relacionamento fixo. Sobre a dependência, os pacientes não dependentes apresentaram chance de não recaída 6,1 vezes maior do que aqueles sem essa condição. Já sobre a abstinência na vida, os pacientes que nunca deixaram de usar crack (uso continuado) apresentaram chance de não recaída 5,1 vezes maior do que aqueles que já ficaram abstinentes alguma vez.

## DISCUSSÃO

Os resultados deste trabalho confirmam a tendência do usuário de crack em recair ao uso da droga logo nos primeiros meses de abstinência como descrito na literatura (SADEGIYE et al, 2004; YANG et al, 2015; LOPES-ROSA et al, 2017). Dos 700 usuários de crack participantes do estudo apenas 7,1% não sofreram recaída.

Várias características da amostra são importantes de serem destacadas, pois, coincidem com o padrão do usuário brasileiro de crack encontrado no Levantamento Nacional sobre Uso de Crack desenvolvido pela Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD) do Ministério da Justiça (SENAD, 2017), reforçando os resultados apresentados. De acordo com esse levantamento nacional os usuários de crack no Brasil têm baixa educação (no presente estudo, quase 60% da amostra só completaram o curso fundamental ou nunca estudaram) (**Tabela 2**) e estão desempregados (56% dos participantes do estudo estão desempregados, sendo que 30% destes nem emprego estão procurando) (**Tabela 2**). No aspecto relacionamento amoroso, de acordo com a pesquisa da SENAD o padrão do usuário brasileiro é ser sozinho (na pesquisa atual, cerca de 60% dos participantes são solteiros sem busca de parceiro, viúvos ou separados) (**Tabela 2**) e em relação à idade o levantamento nacional identifica um usuário jovem adulto, com idade inferior a 40 anos (na pesquisa atual a média de idade foi cerca de 34 anos) (**Tabela 3**).

Dentre as variáveis que se mostraram significativas através do modelo de regressão logística destacou-se que os usuários que vivem em locais como casa/apartamento têm menos chances de recair (3,1 vezes) do que aqueles que vivem na Cracolândia ou nas ruas (**Tabela 2**).

Para explicar esse resultado, importante entender o que é a Cracolândia e sua dinâmica. Trata-se de um local que abrange quatro quarteirões no centro da cidade, com 500 moradores. Recebe diariamente cerca de 2000 visitantes que vão em busca de drogas, especialmente o crack. É controlada por facções do crime organizado, que mantém o tráfico e atividades ligadas ao uso de drogas, dentre elas o crack. A falta de um policiamento mais efetivo, a pobreza, desemprego e a destruição moral existentes no local permitem que os usuários utilizem o crack nas ruas onde muitos passam a viver (FISCHER, 2013; RIBEIRO, 2016).

A presença da droga, a visibilidade do consumo e ainda, a falta de censura ao consumo de droga, dificilmente seria um cenário seguro para impedir a recaída ao uso de crack, pelo contrário, o local é um facilitador para o seu consumo (XUE et al, 2012). Soma-se a essa extensa vulnerabilidade social o fato de que a Cracolândia, pela ampla visibilidade do consumo de crack, pode despertar as pistas ambientais associadas à droga (ver alguém usando a droga, ter contato com a parafernália necessária para o seu consumo como cachimbo, frequentar o lugar no qual costumava utilizar a droga), as quais persistem durante a abstinência contribuindo para a recaída (MARLLAT, 1990).

BRUEHL et al (2006) assim como CHAVES et al (2011) atribuem a essas pistas do ambiente o potencial de desencadear a fissura (desejo incontrolável pela droga) a qual pode levar à recaída. Outro fator que pode contribuir para a recaída em locais como a rua e a Cracolândia é a violência existente. YANG et al (2011) em seu estudo com usuários de crack, comprovaram que a violência é um preditor de recaída. Diante desses fatores que induzem à recaída fica fácil de entender que a casa, em geral, é um local onde a droga e a violência não estão presentes, podendo dessa forma, ser um ambiente mais protetor contra a recaída.

A Religião também surge nos resultados desta pesquisa como um fator importante de proteção à recaída, em especial a católica. Os participantes da pesquisa que se declararam católicos apresentaram chances de não recair 2,8 vezes maior do que os evangélicos e 3,8 vezes maior que aqueles com outras religiões.

O Brasil é o maior país católico do mundo (VATICAN NEWS, 2018) e com cerca de 95% da população brasileira com um alto envolvimento religioso (MOREIRA-ALMEIDA et al, 2010). Esses dados demonstram a importância da religião na vida do brasileiro, em especial a religião católica, a mais professada no país. A religião tem sido evidenciada como tendo uma associação positiva com saúde mental (KOENING, 2009; WEBER, 2014; JAKOVLJEVIC, 2017; JAKOVLJEVIC, 2017A; CRUZ AND NAPPO, 2018).

SANCHEZ et al (2008), demonstraram o papel protetor relevante exercido pela religião em relação a consumo de drogas. Apontaram a importância da religião católica nesse processo, no qual a oração e as conversas com Deus agiam

como forte ansiolítico e um meio de controlar a fissura. O ato da confissão e o consequente perdão dos erros cometidos davam ao usuário condições de uma reestruturação da vida e aumento da auto-estima, reforçando o seu distanciamento da droga (SANCHEZ et al, 2008). SHIRAMA & MIASSO (2013) em estudo para avaliar o consumo de medicamentos psicotrópicos por pacientes concluíram que existia uma relação de maior consumo dessas drogas entre os não católicos. Esses dados podem explicar uma maior proteção da religião católica em relação à recaída ao consumo de crack.

Os resultados desta pesquisa também apontaram para o estado civil como uma condição importante de interferência na recaída ao consumo de crack. Os participantes solteiros com relacionamento fixo ou separado/divorciado apresentaram chances de não recaída superiores aos solteiros sem relacionamento fixo (3,0 vezes e 2,8 vezes, respectivamente).

Vários pesquisadores têm demonstrado o papel protetor da família em relação ao consumo de drogas (SCHENKER & MINAYO, 2004; PAIVA & RONZANI, 2009). Sau et al (2013) confirmam essa afirmação através dos resultados de sua pesquisa com usuários de crack na qual um número menor de casos de recaída ocorreu entre aqueles que não eram sozinhos, isto é, contavam com o suporte de um companheiro(a) ou da família. Porém, um resultado obtido no presente trabalho não segue esse padrão, ou pelo menos parece contraditório num primeiro momento, quando revela que usuários separados, divorciados também apresentam chances superiores de não recaírem. Uma possível explicação para o fato seria a existência de desarmonia no relacionamento o que levou à separação ou divórcio.

Alguns autores afirmam que 75% das recaídas ocorrem, dentre outras causas, devido a problemas interpessoais e a falta de suporte familiar e social (BROWN et al, 1989; HOSSEINI et al, 2014). Essas causas demonstram que nem sempre a família tem um papel benéfico ou protetor em relação ao consumo de drogas. Desarmonia, desentendimentos, violência dentro da família são fatores que podem desencadear a recaída.

Ainda em relação aos resultados, a pesquisa aponta, *binge*, dependência e abstinência como fatores desencadeadores de recaída. Parece que essas três condições têm em comum a possibilidade do desenvolvimento de fissura,



fator intimamente associado à recaída ao consumo (CHAVES et al, 2011). Para muitos autores, a fissura é considerada a maior razão de recaída (XUE et al, 2013; WITKIEWITZ et al, 2013).

O padrão de consumo intenso, contínuo e repetitivo de crack é chamado de *binge* e sua duração se dá até que o estoque de droga termine ou o usuário entre em exaustão (SIEGEL, 1982; NAPPO et al, 1999; HARZKE et al, 2009). Esses ciclos intermitentes de doses repetidas de crack, característicos da dependência da droga e provocados pela fissura, são seguidos de paradas abruptas em seu consumo, as quais estão associadas a sinais e sintomas de retirada, obrigando o usuário retornar ao uso de crack (CHAVES et al, 2011). Diante desse padrão do consumo de crack, não é difícil sugerir que usuários de crack que desenvolveram a dependência da droga e por consequência o padrão *binge* de consumo provocado pela fissura característica do crack, terão mais chance de recair ao consumo quando se submeterem a tratamentos nos quais a abstinência total é exigida como “cura” da dependência. Após períodos intensos de consumo descontrolado (*binge*), manter a abstinência total supõe-se um esforço muito grande de um usuário de crack.

Talvez um uso controlado da droga, que permitisse ao usuário uma reintegração à sociedade, mantendo família, emprego, amigos, etc, poderá constituir-se numa estratégia mais eficaz para reprimir à recaída, no caso de crack. OLIVEIRA & NAPPO (2008) em estudo de caracterização da cultura de uso de crack na cidade de São Paulo, identificaram o padrão controlado de consumo de crack. Este compreendia o uso não-diário da droga e comumente conciliado às atividades sociais pré-existentes (no que se refere à família, atividades escolares e trabalho), protegendo o usuário da marginalização. Segundo esses autores, os usuários mantinham esse consumo controlado a partir de fatores de proteção internos desenvolvidos por eles mesmos ao se basearem nas suas próprias crenças e valores. A adoção dessas estratégias, com o tempo, levou vários desses usuários alcançarem a abstinência.

## CONCLUSÃO

Os resultados dessa pesquisa confirmam os dados da literatura que apontam os usuários de crack com grande propensão para recair ao uso da droga nos primeiros meses após um tratamento. A amostra deste estudo tem características similares com o perfil oficial do usuário de crack definido pelo governo brasileiro o que reforça os achados. Os principais fatores que protegem o usuário de crack de recaída, de acordo com os resultados desta tese são: Estado Civil: Ser solteiro, mas ter um parceiro fixo e desta forma contar com o suporte do cônjuge; a pesquisa revela um dado ainda não explorado por outros estudos, é o fato de que usuários separados ou divorciados também têm chances superiores a não recaída, explicação plausível para esse dado, é a desarmonia possível existente nessa família que poderia agir em sentido contrário, portanto, nesse caso estar só é mais protetor; Religião: ser católico mostrou-se um fator protetor efetivo; Moradia: não morar na rua ou Cracolândia, demonstrou ser importante não estar exposto às pistas ambientais e à violência típica desses locais; *Binge*, Abstinência, Dependência: não praticar o *binge*, não ter desenvolvido dependência ou abstinência surgem como fatores protetores, os quais tem como ponto comum a produção da fissura que leva à recaída.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANGLIN, MD; HSER, Y; GRELLA, CE. Drug addiction and treatment careers among clients in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). **Psychology of Addictive Behaviors**, v. 11, n. 4, p. 308, 1997.

BROWN, SA; VIK, PW; CREAMER, VA. Characteristics of relapse following adolescent substance abuse treatment. **Addictive Behaviors**, v. 14, n. 3, p. 291-300, 1989.

BRUEHL, AM. Craving and control: methamphetamine users' narratives. **Journal of psychoactive drugs**, v. 38, n. sup3, p. 385-392, 2006.

CARLINI EA; NOTO AR; FONSECA AM; CARLINI CM, OLIVEIRA LG. **II Levantamento domiciliado sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo como 108 maiores cidades do país - 2005**. UNIFESP - CEBRID, São Paulo, Brasil, 2007.

CHAVES, TV. et al. Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. **Revista de Saúde Pública**, v. 45, p. 1168-1175, 2011.

CRUZ, JI; NAPPO, SA. Is Ayahuasca an Option for the Treatment of Crack Cocaine Dependence? **Journal of psychoactive drugs**, p. 1-9, 2018.

DUNN, J. et al. Crack Cocaine: An Increase in Use among Patients Attending Clinics in São Paulo: 1990-1993. **Substance Use & Misuse**, v. 31, n. 4, p. 519-527, 1996.

FISCHER, B. et al. Effectiveness of secondary prevention and treatment interventions for crack-cocaine abuse: A comprehensive narrative overview of English-language studies. **International Journal of Drug Policy**, v. 26, n. 4, p. 352-363, 2015.

\_\_\_\_\_. Crack across the Americas—A massive problem in continued search of viable answers: Exemplary views from the North (Canada) and the South (Brazil). **International Journal of Drug Policy**, v. 24, n. 6, p. 631-633, 2013.

GRELLA, CE. et al. Gender similarities and differences in the treatment, relapse, and recovery cycle. **Evaluation review**, v. 32, n. 1, p. 113-137, 2008.

HARZKE, AJ; WILLIAMS, ML; BOWEN, AM. *Binge* use of crack cocaine and sexual risk behaviors among African-American, HIV-positive users. **AIDS and Behavior**, v. 13, n. 6, p. 1106, 2009.

HAYDEN, A. et al. The impact of drug use patterns on mortality among polysubstance users in a Canadian setting: a prospective cohort study. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 1153, 2014.

HOSSEINI, S. et al. Evaluation of drug abuse relapse event rate over time in frailty model. **Osong public health and research perspectives**, v. 5, n. 2, p. 92-95, 2014.

INCIARDI, J. **Crack cocaine in the Americas**. Brazil-United States Binational Research. São Paulo: CEBRID, p. 63-75, 1993.

JAKOVLJEVIC, M. Resilience, psychiatry and religion from public and global mental health perspective Dialogue and Cooperation in the Search for Humanistic Self, Compassionate Society and Empathic Civilization. **Psychiatria Danubina**, v. 29, n. 3, p. 238-244, 2017.

KOENIG, HG. Research on religion, spirituality, and mental health: A review. **The Canadian Journal of Psychiatry**, v. 54, n. 5, p. 283-291, 2009.

LARANJEIRA, R. et al. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - LENAD**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD) - Universidade Federal de São Paulo, 2014.

LOPES-ROSA, R. et al. Predictors of early relapse among adolescent crack users. **Journal of addictive diseases**, v. 36, n. 2, p. 136-143, 2017.

MARLATT, G.; GORDON, J. **Prevenção de recaída: estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos aditivos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

MARLATT, G. A. Cue exposure and relapse prevention in the treatment of addictive behaviors. **Addictive behaviors**, v. 15, n. 4, p. 395-399, 1990.

MCKAY, J. R. et al. An examination of the cocaine relapse process. **Drug & Alcohol Dependence**, v. 38, n. 1, p. 35-43, 1995.

MOREIRA-ALMEIDA, A. et al. Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. **Rev Psiq Clín**, v. 37, n. 1, p. 12-5, 2010.

NAPPO, S. A. Análise qualitativa do uso de cocaína: um estudo em São Paulo. Leite MC, Andrade AG. Cocaína e crack: de fundamentos ao tratamento. **Porto Alegre: Artmed**, p. 205-26, 1999.

NAPPO, SA; SANCHEZ, ZM; RIBEIRO, LA. Is there a crack epidemic among students in Brazil?: comments on media and public health issues. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, p. 1643-1649, 2012.

OLIVEIRA, LG; NAPPO, SA. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. **Rev Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 664-71, 2008.

PAIVA, FS; RONZANI, TM. **Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática**. 2009.

PALAMAR, JJ. et al. Powder cocaine and crack use in the United States: An examination of risk for arrest and socioeconomic disparities in use. **Drug and alcohol dependence**, v. 149, p. 108-116, 2015.

PEDROSO, R. et al. The Crack Use Relapse Scale (CURS): development and psychometric validation. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 35, n. 3, p. 271-273, 2013.

RIBEIRO, LA; SANCHEZ, ZM; NAPPO, SA. Strategies developed by crack users to deal with the risks resulting from the consumption. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 3, p. 210-218, 2010.

RIBEIRO, M. et al. The Brazilian 'Cracolândia' open drug scene and the challenge of implementing a comprehensive and effective drug policy. **Addiction**, v. 111, n. 4, p. 571-573, 2016.

SADEGIYE AHARI, S. et al. Reviewing the causes of recurred addiction in patients who referred to centers introduced of Tehran welfare. **Ardabil Med Univ J**, v. 3, n. 4, p. 36-40, 2004.

SANCHEZ, Z; NAPPO, S. Religious intervention and recovery from drug addiction. **Rev Saude Publica**, Brazil, v. 42, n. 2, p. 265-72, 2008.

SCHENKER, M; MINAYO, MCDS. The importance of family in drug abuse treatment: a literature review. **Cadernos de saúde pública**, v. 20, n. 3, p. 649-659, 2004.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS, S. **Pesquisas sobre o consumo de drogas no Brasil - Eixo Políticos e Fundamentos**. Brasília: SENAD 2017.

SHIRAMA, FH; MIASSO, AI. Consumption of psychiatric drugs by patients of medical and surgical clinics in a general hospital. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 21, n. 4, p. 948-955, 2013.

SIEGAL, HA; LI, L; RAPP, R. C. Abstinence trajectories among treated crack cocaine users. **Addictive Behaviors**, v. 27, n. 3, p. 437-449, 2002.

SIEGEL, R. K. Cocaine smoking. **Journal of psychoactive drugs**. 1982.

VATICAN-NEWS. **O anuário Pontifício.**  
<https://www.vaticannews.va/pt/vaticano/news/2018-06/anuario-pontificio-2018-annuarium-statisticum-ecclesiae.html>, 2018. Acesso em: Acessado em 05/09/2018.

WEBER, SR; PARGAMENT, KI. The role of religion and spirituality in mental health. **Current opinion in psychiatry**, v. 27, n. 5, p. 358-363, 2014.

WITKIEWITZ, K. et al. Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. **Addictive behaviors**, v. 38, n. 2, p. 1563-1571, 2013.

WITKIEWITZ, K; MARLATT, GA. **Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao.** In: (Ed.). Am Psychol. United States, v.59, 2004. p.224-35.

XUE, YX. et al. A memory retrieval-extinction procedure to prevent drug craving and relapse. **Science**, v. 336, n. 6078, p. 241-245, 2012.

YANG, M. et al. From abstinence to relapse: a preliminary qualitative study of drug users in a compulsory drug rehabilitation Center in Changsha, China. **PloSone**, v. 10, n. 6, p. e0130711, 2015.